Rok XXXVIII. Kraków, 4 Listopada 1899. Nr. 44.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 187, Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Listopada 1899. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Eschericha w Gracu.

Przyczynek dalszy do etyologii dysenteryi

podał

Dr. Józef Brudziński.

Etyologia dysenteryi należy jeszcze do spraw nierozstrzygniętych. Wszyscy autorowie zgadzają się w tem, że wchodzą tu w grę drobnoustroje, jako czynnik przyczynowy, dotąd jednak nie zgodzono się na jakiś jeden rodzaj drobnoustrojów. Że rzeczywiście nie można mówić o wspólnym wszystkim przypadkom dysenteryi drobnoustroju, wie o tem każdy, kto choć pobieżnie badał w tym względzie przypadki dysenteryi. Ponieważ jednak przypadki, w których znajdujemy bez wszelkiej wątpliwości ktoryś z drobnoustrojów, wskazywanych jako etyologicznie ważne, posiadają w tym względzie pewne znaczenie, skłania mnie to do ogłoszenia takiego właśnie przypadku z określoną etyologią, który miałem sposobność spostrzegać w klinice pedyatrycznej w Gracu, wraz z innymi przypadkami dysenteryi, mającymi mi służyć za tło. Nim wejdę *in medias res*, nie od rzeczy będzie przypomnieć, którym drobnoustrojom przypisywaną bywa głównie wina wywoływania dysenteryi. Na pierwszem miejscu wymienić należy odkrytą w roku 1875 przez Loescha *amoeba coli*. Badania Loescha znalazły potwierdzenie w późniejszych badaniach Kartulisa, Kocha i innych. Kartulis[1]) uważa *amoeba coli*, jako swoistą dla dysenteryi; nie znajdował jej bowiem w żadnej innej chorobie; następnie otrzymywał ameby drogą hodowli. *Amoeba coli* należy do pierwotniaków *(protozoa)*, poddziału *rhizopoda*. Przedstawia twór jednokomórkowy, składający się z ziarnistej pierwoszczy z jądrem, zawierającej jameczki *(vacuolae)*; wielkość ameby waha się pomiędzy 20 a 50 μ, dochodzić może do 60 μ. Poznać ją można po właściwych jej ruchach tak zw. ameboidalnych. Strümpell, który mówiąc o etyologii dysenteryi, tylko o *amoeba coli* wspomina, twierdzi, że w naszych strefach nie spotykamy tego tworu w dysenteryi, chyba w poszczególnych przypadkach.

Chantemesse i Widal znaleźli w wypróżnieniach 5 chorych na dysenteryę, a po ich śmierci w ściance kiszki i w śledzionie prątek długości 4—5 μ, o końcach zaokrąglonych. Autorowie ci wyhodowali go na bulionie i żelatynie; po zastrzyknięciu hodowli bulionowej do przewodu kiszkowego zwierzęcia powstać miała biegunka, a w zawartości kiszek odnaleziono wzmiankowany prątek. Podług opisu autorów prątek ten zdaje się być *Bact. coli commune*, chociaż oni sami wyraźnie nie zaliczają go do tej gromady.

[1]) Virch. Archiv Bd. 99 — Centralbl. f. Bacteriol. 1887 II.

Dla ścisłości wspomnieć muszę o mątwiku kałowym *(anguillula stercoralis)*, uważanym przez Normanda i Bavaya jako swoistym dla dyzenteryi. Nikt jednak z późniejszych badaczy nie potwierdził tych spostrzeżeń, a nawet Talamon *(Medecine moderne*, 1891) wykazał najzupełniejszą bezpodstawność tej hipotezy.

Właściwie jedynie *amoeba coli* spostrzeganą była w większej liczbie przypadków; niektórzy autorowie są jednak zdania, iż ameba znajduje się li tylko w przypadkach dysenteryi krajów podzwrotnikowych „w zwyczajnej dysenteryi" mówi Günther *(Bacteriologie*, 1898) „*amoeba coli* wykryć się nie daje"; Strümpell jednak nie wyklucza poszczególnych przypadków.

Z naszych autorów etyologią dysenteryi zajmowali się Janowski[2]) w Warszawie, Ciechanowski i Nowak[3]) w Krakowie.

Janowski w swej wyczerpującej monografii o etyologii dysenteryi zestawił wszystkie prace, jakie się dotąd w tej sprawie pojawiły (w liczbie 84) i poddał wszystkie teorye i hipotezy krytycznej ocenie. Autor badał osobiście 54 przypadków dysenteryi podczas epidemii w Warszawie w 1892, 1893 i 1894. Wyniki badań były identyczne we wszystkich przypadkach: w żadnym autor nie spotykał ameb, pomimo iż badał przypadki ciężkie i lżejsze i z najrozmaitszych części miasta. Dla tego też Janowski wypowiada stanowczo zdanie, że epidemia warszawska nie została wywołana przez ameby, lecz była raczej pochodzenia bakteryjnego. Po przejrzeniu krytycznem całej literatury tego przedmiotu, autor ten przychodzi do wniosku, że bezwątpienia istnieje związek przyczynowy między dysenteryą podzwrotnikową *(Tropendysenterie)* i amebami (300 przypadków Kartulisa); z drugiej jednak strony badania, przeprowadzone w różnych miejscowościach Europy i Ameryki świadczą, że całe epidemie zwykłej dysenteryi nie były pochodzenia amebowego, lecz bakteryjnego.

Ciechanowski i Nowak rozporządzali 21 przypadkami dysenteryi, zbadanymi dokładnie bakteryologicznie i histologicznie. Podnoszą oni z naciskiem okoliczność, że w żadnym z tych przypadków nie zdołali ani razu wykryć obecności ameb, i na tej podstawie wnoszą, że w ich spostrzeżeniach ameby nie grały żadnej roli etyologicznej. Wyhodowanemu w pewnej części przypadków swoich prątkowi okrężnicowemu *(bact. coli commune)* odmawiają oni również

[2]) *Gazeta Lekarska*, 1897 r., oraz *Centralbl. f. Bacteriologie und Paras*. Erste Abth. Bd XXI 1897.

[3]) 1) «Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi« *Przegląd Lekar*. Nr. 40 i 41. 1897; 2) *Pamiętnik Towarz. Lekar. warszawskiego* 1897; »Zur Aetiologie der Dysenterie" *Centralblatt f. Bacteriologie*, 1898 XXIII Band. Nr. 11 i 12.

znaczenia przyczynowego w dysenteryi, ponieważ prątek ten nigdy nie dał się wykazać badaniem histologicznem w schorzałej ścianie jelita, ponieważ mimo wzmożonej jadowitości nie wywoływał on w żadnem z urozmaiconych doświadczeń, wykonanych przez autorów, dysenteryi u zwierząt i ponieważ wreszcie powtórzenie doświadczeń Celliego z jadami tego prątka wydało wynik zupełnie ujemny. Natomiast zwracają Ciechanowski i Nowak uwagę na pewien rodzaj paciorkowców, wykryty przez siebie w większości przypadków badanych zarówno w kale chorych, jak i w ścianie zmienionych chorobowo jelit. Paciorkowce te nie dały się wyhodować zwykłymi sposobami, i stąd nie można twierdzić stanowczo, że są one swoistym czynnikiem chorobotwórczym w dysenteryi nagminnej stref umiarkowanych, ale nie wolno też odrzucać przypuszczenia, że paciorkowce te, czy to same, czy skojarzone z innymi czynnikami chorobotwórczymi, może innymi drobnoustrojami, odgrywają wybitniejszą rolę w niektórych przynajmniej przypadkach dysenteryi ludzkiej. Wreszcie zestawiając własne badania z wynikami prac innych autorów, które wyczerpująco zebrali i krytycznie roztrząsnęli, dochodzą Ciechanowski i Nowak do wniosku, że etyologia dysenteryi jest prawdopodobnie nawet w obrębie postaci klinicznej, zwanej nagminną czerwonką, rzeczą nie jednolitą, to znaczy, że ta dotychczasowa jednostka kliniczna obejmuje kilka spraw etyologicznie rozmaitych (wyłączywszy nadto tropikalną dysenteryę, wywołaną prawdopodobnie przez ameby). W obecnym stanie badań nad etyologią dysenteryi nie można, zdaniem Ciechanowskiego i Nowaka, twierdzić stanowczo, że dysenterya nagminna stref umiarkowanych powstaje zawsze w jeden wyłączny sposób, a więc bądź to wyłącznie pod działaniem jednego zawsze gatunku bakteryj, bądź pod wpływem rozmaitych gatunków w różnych epidemiach, bądź wskutek skojarzeń bakteryjnych, bądź wreszcie wskutek współdziałania bakteryj i szkodliwości nieuorganizowanych. To pewna, że w większości przypadków, jeżeli nie we wszystkich, nie wywołują jej ameby.

O pracy naszych badaczy wspomina Escherich w swej monografii „Ueber Streptokokkenenteritis im Säuglingsalter“ *(Jahrbuch f. Kinderheilk. N. F. XLIV, 1899)* w sposób następujący: „Aus jüngster Zeit wäre eine Angabe von Ciechanowski und Nowak zu erwähnen, wonach sie kurze vier bis achtgliedrige Streptokokken fast constant in der Darmwand, so wie auch im Darminhalt der von ihnen untersuchten Dysenteriefälle gefunden haben. Es ist ihnen jedoch nicht gelungen, dieselben in Cultur zu erhalten“.

Przeprowadziłem ścisłe badania w 7 przypadkach (pięciu klinicznych i dwóch ambulatoryjnych): badałem codzień stolce drobnowidowo i starałem się wyhodować ameby w nastoju słomy, poprzednio wyjałowionym, do którego przeszczepiałem cząsteczki śluzu ze stolca. W sześciu przypadkach otrzymałem wyniki ujemne: ani w preparatach ze stolców pod drobnowidem, ani w hodowli ameb wykryć nie mogłem, pomimo wielokrotnych powtarzań. Natomiast w jednym przypadku wynik był nader dodatni.

M. H., dziewczynka 2-letnia przyniesiona na klinikę 25/VIII b. r. Z wywiadów dowiadujemy się, że od paru dni miała rozwolnienie, od wczoraj pogorszenie nagłe, kilkanaście stolców, w stolcach krew i ropa. W nocy silne bóle brzucha, kilkakrotne drgawki. Przy badaniu nie stwierdzono żadnych zmian w innych narządach. Brzuch miękki, przy dotyku bolesny. Od wczoraj 6 stolców mocno śluzowych, ślady ropy, w jednych makroskopowo krwi nie widać, w innych znowu dość wyraźne jej ślady. Przebieg wogóle dość łagodny; stolce, których mniej więcej ośm było na dzień, były tego samego charakteru; po trzech dniach było już tylko 3 stolce na dobę, a 1/IX tylko jedno zupełnie prawidłowe wypróżnienie. Chora po przyjęciu na klinikę dostała olejku rącznikowego, zalecono jej dyetę, a przy tem stosowano lewatywy z krochmalu; wewnętrznie podano tanigen, bismut; d. 3/IX jako wyleczona, oddaną została matce.

W tym przypadku badanie drobnowidowe wykazało ciałka ropne, ciałka czerwone krwi w dużej ilości, kryształy hematoidyny, bismutu i cholesteryny (kryształy te spotykałem we wszystkich badanych przypadkach dysenteryi). Kilkakrotnie spotykałem twory, nie więcej jednak jak jeden naraz w polu widzenia, wielkości 40 μ. (Mikrometeroc. 2. Obj. 8a — Reichett) z ruchami amebowatymi, o ziarnistej pierwoszczy z jądrem i jamkami (vacuolae). W jednem miejscu twór ten znajdował się zamknięty w kuli wielkości 80 μ. *(encystirte Amoebe)*. Można tu było spostrzegać wyraźnie, jak wskutek ruchów ameby, to znikała ona zupełnie, to znowu, jako mały punkcik, na brzegu kuli się zjawiała i, stopniowo rozszerzając się, zajmowała przeszło połowę wzmiankowanej kuli. Kula ta, podług Jakscha, tworzy się ze śluzu na około ameby. Ze stolca tego, jak i w innych przypadkach, przeszczepiłem cząsteczkę śluzu do nastoju ze słomy (w próbówce wyjałowionej i zatkanej jak zwykle watą) i wstawiłem do cieplarki (termostatu). Po dwóch dniach zauważyłem w próbówce jakby nader nikłą mgiełkę; po przeniesieniu jej na szkiełko i badaniu drobnowidowem, spostrzegłem, obok bakteryj, nader ładne okazy *amoeba coli*, wielkości 40—50 μ., z wyraźnymi ruchami amebowatymi. Pierwsze badanie miało miejsce 27/VIII; te same wyniki otrzymywałem jeszcze po dwu dniach; przy późniejszych badaniach widziałem pod drobnowidem tylko twory z wejrzenia zupełnie do ameb podobne, nie zdradzające jednak żadnych ruchów, jakby obumarłe ameby. Nie mogłem również później przy dalszych badaniach otrzymać ameb i w nastoju ze słomy. By nie uledz omyłce, zasięgałem przy badaniach rady asystenta klinicznego, dra Schmida i obydwaj nie mieliśmy żadnych wątpliwości, że mamy do czynienia z *amoeba coli*.

Ze względu na to, iż *colicolitis* Eschericha *(Colitis contagiosa)* przedstawia wiele podobieństw do dysenteryi (p. ref. Eschericha na zjeździe internistów w Karolowych Warach), niektórzy autorowie nawet przypisują dysenteryę działaniu prątka nader podobnego do *bact. col. com.* (Chantemesse i Widal, Maggiora, Celli), a Shiga w ostatnich czasach otrzymał odczyn Gruber-Widala w dysenteryi; otrzymałem ze stolca w tym samym przypadku czystą hodowlę *bact. col. com.* drogą zwykłą, przez rozlanie na płytki. Z czystą hodowlą 24-godzinną na agarze przeprowadziłem odczyn Gruber-Widala. Ponieważ miałem do czynienia w tym razie z małem dzieckiem, nie robiłem wenesekcyi, lecz odczyn przeprowadziłem podług skróconej metody, wypracowanej na klinice tutejszej przez Pfaundlera[1]). Polega ona na tem, że do odczynu bierze się wprost krew, nie surowicę; postępuje się zupełnie tak, jak przy braniu krwi do liczenia ciałek białych w przyrządzik do liczenia (melangeur). Bierze się krwi za każdym razem do podziałek 0,1 itd. aż do 1,0, a do podziałki 11,0 wciąga się

[1]) Eine handliche Methode zur Messung der agglutinativen Fähigkeit des Blutes Kranker. Wiener klinische Wochenschrift 1898, Nr. 21.

za każdym razem zawiesiny bulionowej hodowli *bact. coli* na agarze. Po dokładnem zmięszaniu wpuszcza się płyn ten do cieniutkich wyjałowionych próbówek, w których po zabarwieniu łatwo rozpoznać stopień rozcieńczenia. Zwykle wystarczają rozcieńczenia 0·1, 0·3, 0·5, 1·0 krwi, co odpowiada przy odczynie, przeprowadzonym z surowicą, rozcieńczeniom 1:150; 1:50; 1:30; 1:15. Przy tej metodzie mamy zwykle z jednego nakłócia dostateczną ilość krwi do przeprowadzenia odczynu; jeżeli zważymy, że, co do ścisłości, metoda ta, podług porównawczych badań Pfaundlera i innych, nie ustępuje zwykłej, to zrozumiemy, jaką ona ma doniosłość w praktyce dziecięcej, gdzie wenesekcya staje się poważną operacyą wskutek zachowania się chorego i otoczenia. By czerwone ciałka krwi nie przeszkadzały spostrzeganiu pod drobnowidem, próbówki poddaje się centryfugowaniu; na dnie mamy wówczas osad z czerwonych ciałek, a nad tem ciecz przeźroczystą; w braku centryfugi wystarczy postawić próbówki na jakiś czas w chłodnem miejscu.

Odczyn przeprowadziłem podług tej metody i przy spostrzeganiu pod drobnowidem w kropli wiszącej ani śladu aglutynacyi nie stwierdziłem w żadnem z przygotowanych rozcieńczeń. Przypadek nasz świadczyłby zatem, że nie tylko w dysenteryi podzwrotnikowej spotykają się ameby, lecz i w zwykłej, a nawet nie zbyt ciężkiej jej postaci. Czy jednak można mówić o ścisłym etyologicznym związku, gdy n. p. w naszych doświadczeniach na siedem przypadków spotykamy amebę tylko w jednym, gdy Nowak i Ciechanowski na 21 przypadków, a Janowski na 54 przypadków nie spotkali ich w żadnym? Kruse i Pasquale twierdzą, że w stolcach zdrowych ludzi znajdować się mogą ameby *coli*, że odróżniać je należy od chorobotwórczej *amoeba coli*. Schuberg badał stolce zdrowych na ameby z wynikiem ujemnym; gdy jednak dawał sól karlsbadzką, spotykał ameby w połowie wszystkich przypadków, dopóki stolce były jeszcze zupełnie płynne; wypowiada on przypuszczenie, że obecność ameb w górnym odcinku jelit grubych zależną jest od odczynu zasadowego. Już Bertrand i Baucher wypowiedzieli zdanie, że dysenterya zawdzięcza swe powstanie skojarzonemu współdziałaniu zwykłych bakteryj, nie zaś jakiemuś jednemu swoistemu zarazkowi. Tego samego zdania jest Janowski, który je dalej rozwija i uzasadnia. Że różni autorowie różne drobnoustroje przy dysenteryi znajdowali, przypisuje temu, iż wskutek działania spółbytu (symbiozy) zwykłych w przewodzie kiszkowym bakteryj, w pewnych dotąd bliżej nam nieznanych warunkach, to ta, to znowu inna odmiana bakteryj zyskuje na żywotności i wywoływać może zakażenia rozmaitego natężenia w jelitach. Janowski przypuszcza, że swoisty dla dysenteryi zarazek wogóle nie będzie odkrytym. Podług niego, wyniki przeprowadzonych dotąd badań są tak wyraźne, że dalsze badania mogą być zbyteczne, jeżeli prowadzone będą w tym samym zakresie, t. j. szukania swoistego zarazka. Janowski nakreśla dla dalszych badań inną drogę: należy, powiada on, stwierdzić co do wszystkich bakteryj, będących zdawałoby się w związku etyologicznym z dysenterya, które jeszcze inne bakterye, znajdujące się wraz z tą odmianą w przewodzie kiszkowym, nadają jej właściwość — działania chorobotwórczego.

Jakkolwiek nie można nie przyznać Janowskiemu słuszności, że większość przypadków zwykłej dysenteryi w naszych strefach powstaje na drodze takiego spółbytu (symbiozy) bakteryj, a nie zawdzięcza swego powstania działaniu ameb, trudno pominąć milczeniem przypadki dysenteryi zwykłej u nas, gdzie z całą pewnością *amoeba coli* wykryć się daje. Zwykle są to przypadki pojedyncze, jak np. nasz, lub przypadek Laverana, który podczas małej epidemii w lipcu i sierpniu 1893 roku w Paryżu, na dziesięć przypadków tylko w jednym spotkał twór podobny do *amoeba coli;* są jednak spostrzeżenia, jak np. Hlavy w Pradze, który w 60 badanych przypadkach spotykał *amoeba coli* we wszystkich.

Janowski przypuszcza, że i w przypadkach dysenteryi podzwrotnikowej ma miejsce współdziałanie pewnej odmiany ameb, *amoeba coli* z bakteryami.

Ciechanowski i Nowak, którzy etyologią dysenteryi wzbogacili swojemi badaniami, wykazawszy, że i paciorkowce w niektórych przypadkach wchodzą tu w grę, dochodzą również do wniosku, że etyologia dysenteryi nie jest jednolitą. Autorowie ci nie zadawalniają się jak Janowski i inni nawet przypuszczeniem, iż dysenterya powstaje przez skojarzenia bakteryjne; sądzą, że przy obecnym stanie badań, jest absolutnie niemożliwe wypowiedzieć tu zdanie stanowcze.

W naszym przypadku, jako też wogóle w przypadkach dysenteryi stref umiarkowanych, w których stwierdzono obecność ameb, skłonni bylibyśmy przypuszczać, jak to czyni Janowski dla przypadków dysenteryi tropikalnej, iż mamy tu do czynienia ze współdziałaniem pewnej odmiany ameb z bakteryami.

II. Z kliniki Radcy Dworu prof. Krafft-Ebinga.

O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci.

Podał

Dr. Henryk Halban

Asystent kliniki.

(Według wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. psych. i neur. w Wiedniu, w lipcu 1899 r.).

(Ciąg dalszy).

O ile nam możliwem było przejrzenie literatury, uczyniliśmy to, a mimo tego nie znaleźliśmy więcej podobnych przypadków tak, że uważamy za odpowiednie podać klasyczny przypadek porażenia opuszkowego wrzekomego u dzieci, który mieliśmy sposobność spostrzegać w ambulatoryum Radcy Dworu Krafft-Ebinga, w marcu 1899 roku. Z góry jednak zaznaczyć musimy, że przypadek nasz o tyle jest ciekawszy, że nieznaczne porażenia kończyn wprost znikają wobec nader wybitnych porażeń mięśni nerwów mózgowych.

Wywiady. Chora, mająca obecnie lat 9, jest drugiem dzieckiem rodziców zdrowych, dziedzicznie nie obciążonych, tylko ojciec nieco się jąka. Matka jej była 4 razy w ciąży i ma czworo dzieci; wszystkie 4 porody odbyły się prawidłowo. Co do drugiej ciąży, bliżej nas obchodzącej, nie zaszło podczas niej żadne zdarzenie, któreby mogło mieć jakikolwiek wpływ na chorobę dziecka. Poród odbył się w swoim czasie, dziecko się urodziło zdrowe, dobrze rozwinięte, bez porażeń kończyn, krzyczało jak inne dzieci. Jedynie od samego urodzenia dziecko to nie chciało ssać i dlatego musiano je odżywiać sztucznie, podczas gdy inne dzieci sama matka wykarmiła. Ważnym dla nas objawem było ślinienie z stale na wpół otwartych ust, zauważono je z chwilą,

gdy poczęto dziecko nosić z główką wyżej nieco podniesioną. W szóstym miesiącu życia chora dostała napadu drgawek, trwającego około godziny. Podczas tego stanu matka spostrzegła, że dziecko silnie poruszało jednem ramieniem; po napadzie nie było żadnej zmiany w stanie ogólnym dziecka. Zresztą dziecko nigdy nie chorowało, w szczególności nie miało nigdy więcej żadnych napadów. Dopiero w 4 roku życia i to po uciążliwem ćwiczeniu, zaczęło ono chodzić. Uderzającą jest i ta okoliczność, że chora od samego początku nadzwyczajnie mało się posługiwała ręką lewą. Nadto nietylko nie uczyła się, ale nawet nie próbowała nigdy mówić, czy to sama, czy powtarzając za drugimi; rozumienie mowy rozwinęło się u niej w równym wieku z innemi dziećmi. Dopiero od 2 lub 3 lat chora wydaje niewiele sylab artykułowanych, których liczba od tego czasu się jednak nie powiększa. Z tych sylab matka mogła zrozumieć tylko 2 słowa »Mutter« i »o na«, a i te wyrazy dziecko wymawia niewyraźnie, jakkolwiek zrozumiale i we właściwem znaczeniu. W szkole chora próbowała podobno wymawiać i inne pojedyncze sylaby. Z 6 rokiem życia zaczęła chodzić do szkoły na równi z innemi dziećmi, uczyła się dobrze, a nawet postępy jej w nauce były podobno lepsze, aniżeli przeciętnie ogółu dzieci tak, iż nieraz wypracowywała koleżankom zadania szkolne. W szkole i w domu była ona trudną do prowadzenia, niegrzeczną, porywczą i złośliwą.

Dziecko nie żywiło się nigdy pokarmami stałymi, a szczególnie nigdy nie przeżuwało. Płyny wyciekają mu z ust, a nigdy z nosa: u chorej spostrzegano dławienie częściej, aniżeli u innych dzieci. Cechującą jest ta okoliczność, że, jak podaje matka, dziecko to nigdy jej nie całowało. Chorej widocznie nigdy nic nie dolegało, ponieważ się nie uskarżała. Przed trzema miesiącami dostała pierwszego napadu utraty świadomości, połączonego z kurczami kończyn; strona lewa była dotkniętą silniej. Odtąd napady powtarzały się prawie co tydzień. Dziecko czuje prawie zawsze zbliżający się napad i podaje, że przed rozpoczęciem uczuwa ból w lewem ramieniu.

Stan obecny 2 marca 1899 r. Chora jest dobrze rozwinięta i odżywiona. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje nic nieprawidłowego. Obwód czaszki wynosi 50½ ctm., czaszka przy opukiwaniu nie tkliwa, zęby sieczne karbowane, prawy płatek uszny przyrośnięty, migdalki przerosłe, garb przodkowy w okolicy lędźwiowej. Niema zaburzeń ze strony mięśni ocznych, źrenice równe, dobrze oddziaływujące na światło i akomodacyę, dno oka prawidłowe, odruchy rogówkowe i spojówkowe — utrzymane. Słuch również prawidłowy; chora słyszy i oddziaływa na słowa jak najciszej za nią wymówione. Zaburzeń smaku niema, pojętność jej na to wystarcza, ażeby te zaburzenia módz wykluczyć. Z powodu braku mowy nie mamy pewności co do stanu powonienia. Brózda nosowowargowa jest po stronie lewej nieco płytsza; czoła dobrowolnie zmarszczyć chora nie może, zarówno jak i mięśniami ust nie może wykonać żadnego ruchu dobrowolnego; ściągnięcia ust, gwizdania, cmokania wogóle nigdy nie próbowała; zamykanie oczu obustronnie prawidłowe. Nerw twarzowy działa mimicznie po obu stronach zupełnie dobrze, marszczenie czoła przy spojrzeniu w górę jest nieznaczne, po lewej stronie jeszcze mniej wyraźne, niż po prawej. Slina ustawicznie wypływa stroną lewą ust; usta są stale na wpół otwarte, na rozkaz chora nigdy ich nie zamyka; często jednak to czyni, gdy sądzi, że się na nią nie zwraca uwagi. Zbliżanie szczęki dolnej ku górnej odbywa się prawidłowo; niema odruchu żwaczowego; przy otwieraniu ust można dostrzedz lekkie cofnięcie się języka ku tyłowi. Dobrowolnych ruchów języka nie spostrzegano podczas pobytu w klinice. Odruch gardłowy i podniebienny mniej wyraźny niż zwykle; krtani nie można było zbadać z powodu porażenia języka i niemożność wydania głosu; odruch nosowy po stronie lewej mniej wyraźny, niż po prawej; odruch uszny po obu stronach równy; czucie skórne twarzy, badane wielokrotnie, — jest po stronie lewej nieco obniżone. Dalsze szczegóły, tyczące się zaburzeń w nerwach mózgowych omówimy niżej.

Chora wykonywa prawidłowo ruch głowy ku tyłowi, ku przodowi zaś o wiele słabiej; skręcanie głowy ku stronie lewej wykonywa z mniejszą siłą, aniżeli ku prawej, zarówno jak i pochylanie, jednakże różnica przy tym ruchu jest mniejsza, aniżeli przy skręcaniu. Nigdzie niema drgań włókienkowych, ani zaniku, nigdzie też odczynu zwyrodnienia.

Lewa kończyna górna jest gorzej rozwinięta; różnica ta występuje tem wyraźniej, im dalej od osi ciała; obwód w okolicy stawu nadgarstkowego różni się o 1 ctm., kończyna nieco sina, chłodna, a dziecko samo również skarży się na uczucie chłodu. Siła lewego ramienia i lewej ręki jest znacznie obniżona; siłomierz wskazuje po lewej 2, po prawej 7 kg. Stopień stężenia tylko nieznaczny, odruchy po stronie lewej bardziej wzmożone, aniżeli po prawej; czucie skórne i mięśniowe prawidłowe; lewej ręki chora nie używa do ruchów drobniejszych. Odruch powłok brzusznych po stronie prawej wydatniejszy, aniżeli po lewej. Co do kończyn dolnych, to najwięcej rażącym objawem jest tu obustronne znaczne podwyższenie odruchów kolanowych. Odruch ścięgna Achillesa po lewej nieco podwyższony, odruch podeszwowy mniej wyraźny, aniżeli po prawej. Siła ruchowa dostateczna; stężenia nie stwierdzono. Czucie i chód prawidłowe.

Godnym uwagi jest sposób żywienia się chorej; zwykle nie przeżuwa, stałe pokarmy kruszy lub rozdziera na kawałki, a następnie wprowadza je dwoma palcami możliwie najdalej ku połykowi, przyczem przechyla głowę w tył, i połyka z nadzwyczajnym wysiłkiem. Chora nie znosi, aby się jej przypatrywano podczas tego tak, że byliśmy zmuszeni czynić spostrzeżenia nasze z przyległej sali. Napoje po części wypływają lewą stroną ust; podczas pobytu w klinice chora nigdy nie dławiła się, a pokarmów płynnych nie zwracała przez nos.

Wspomnieliśmy już w wywiadach, że dziecko to nigdy nie mówiło, ani mówić nie próbowało. Mimo tego nie jest niemem, jak się zazwyczaj w takich przypadkach zdarza (sprachlos). Można, jak się Jackson wyraża, być bezmownym, nie musi się jednak być także niemym (wortlos). Cały zasób wyrazów chorej naszej składał się ze słów „Mutter" i „o na", które jak już wiemy, wymawiała od dwóch lat, jednak nie całkiem wyraźne — brzmiały one „Mutta" i „ŏ-nă", — a zawsze prawie tylko w uniesieniu. Czasem zdarzało się, że podczas badania lub podczas zabawy także słowa te wymawiała, ale nigdy na żądanie, mimo ponętnych przyrzeczeń i mimo tego, żeśmy pojedyncze te słowa jej po kilkakroć powtarzali. Dziecko jest rozumne, więc pojmuje zupełnie dobrze. Przed napadami, gdy się śmiało lub płakało, wydawało, jak już wspomnieliśmy, pojedyncze dźwięki.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Z kliniki lekarskiej prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi w raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej.

Podał

Dr. Roman Rencki

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Ilość ciałek białych już w warunkach fizyologicznych, jak wiemy, jest zmienną. Moleschott, Nasse, a później Hirt spotykali we krwi po spożyciu pokarmów białkowatych znaczną leukocytozę. Hoffmeister odnosi ją do powstawania przez podział jąder nowych ciałek jednojądrzastych w utkaniu gruczołowem (adenoidalnem) jelit, będącego wyrazem morfologicznym przyswajania (asymilacyi) substancyi białkowatych. Pohl znajdował zawsze leukocytozę po obfitem podaniu białka, a nie znachodził jej pod wpływem węglowodanów, tłuszczów, ani wody i soli. Przyrost c. białych wśród trawienia, według niego, wynosić może 35—146%, a szczyt leukocytozy przypada na 3cią godzinę po spożyciu pokarmów, nie pojawia się zaś nigdy przed 1szą godziną. Podobny okres czasu (3—4 godziny), potrzebny do powstania leukocytozy trawiennej, podaje i Rieder. Przeciwnie Schultz spotykał powiększenie ilości ciałek białych już w pierwszej 1½ godz. po spożyciu pokarmów. Autor ten,

podobnie jak i Rieder, nie przyjmuje teoryi Hoffmeistera, twierdząc, że ciałka białe nie tworzą się wśród trawienia. Jakkolwiek obecność leukocytozy trawiennej nie ulega już dzisiaj wątpliwości, to przecież, jak wykazał Limbeck, nie u każdego nawet zdrowego osobnika, a nawet nie zawsze u jednego i tego samego, występuje pomnożenie ilości ciałek białych wśród trawienia.

Müller rzadko spotykał leukocytozę trawienną i to tylko po obfitszem spożyciu pokarmów w niedokrewności, a nie znalazł jej wcale w 4 przypadkach nowotworu żołądka, bez względu na stopień siły trawiennej soku żołądkowego. Brak ten tłomaczy chera, ewentualnie zwężeniem odźwiernika, nie wyjaśnia jednak nieobecności leukocytozy traw. u ludzi zdrowych.

Na zachowanie się leukocytozy trawiennej zwrócono w ostatnich czasach baczniejszą uwagę, chcąc zużytkować ją w chorobach żołądka do celów rozpoznawczych.

Schneyer, mając za sobą spostrzeżenia Müllera, badał zachowanie się ilościowe ciałek białych podczas trawienia u ludzi, dotkniętych rakiem i wrzodem okrągłym żołądka. We wszystkich przypadkach nowotworu stwierdził zawsze brak leukocytozy trawiennej, a znalazł ją 6 razy na 7 przyp. wrzodu. Sądzi więc, że pojawienie się leukocytozy trawiennej przemawia przeciw nowotworowi, brak jej jednak nie może cechować raka, albowiem i w prawidłowych warunkach może się ona nie pojawiać. Spostrzeżenia te potwierdzili: Hartung, Jeż i Ascoli, a po części i Capps.

Hassmann natomiast opisuje 2 przypadki nowotworu żołądka, przebiegające ze zwężeniem odźwiernika, w których po $^1/_2$—1 godz. pojawiła się leukocytoza (+ 1300, 2700). Podobnie i Chadbourne, jak i Hoffmann nie przypisują leukocytozie trawiennej zbyt wielkiego znaczenia, gdyż może się ona pojawić i w nowotworze żołądka.

Wobec tak odmiennych zdań, celem poznania rzeczywistej wartości leukocytozy trawiennej przeprowadziłem w tym kierunku badanie na obfitym materyale kliniki stałej, odnoszącym się do nowotworów i wrzodów żołądka. Ze względu na pomyłki przy obliczaniu, których ustrzedz się nie podobna, starałem się o możliwą dokładność. Za wynik obliczenia ciałek białych brałem przeciętną z liczb znalezionych w 2—3 mm. sz. Uwzględniając zarzut Schultza autorom, że nie dość wcześnie oznaczali leukocytozę traw., gdyż ma ona zjawiać się w pierwszych 6ciu kwadransach po spożyciu pokarmów, badałem krew co $^1/_2$—1 godziny, z tym dodatkiem, że w braku leukocytozy, obliczenia wykonywałem przez 8—12 godzin, a w wyjątkowych razach i przez czas dłuższy. Chorzy przed doświadczeniem nie dostawali pożywienia od 16—18 godzin, a tym, którzy okazywali objawy zwężenia odźwiernika, przepłókiwano wieczorem dnia poprzedniego dokładnie żołądek. Rano zwykle między 7—8 godziną, po poprzedniem oznaczeniu ilości ciałek białych, dostawali śniadanie złożone z trzech jaj, 100—150 grm. szynki, $^1/_2$ ltr. mleka i 1 bułki.

Zanim przystąpimy do zestawienia i omówienia wyników, otrzymanych w przebiegu wrzodu i raka żołądka, pozwolę sobie podać dla łatwiejszego zoryentowania się i wyrobienia sobie zdania o leukocytozie w obu tych sprawach chorobowych, spostrzeżenia nad leukocytozą traw., które poczyniłem nad ludźmi częścią zdrowymi, częścią dotkniętymi innemi chorobami. Nadmienić muszę, że wtedy przyjmowałem obecność leukocytozy traw. za stwierdzoną, jeśli przyrost ciałek białych przenosił 2000.

Z obliczeń tych wynika, że, po spożyciu pokarmów białkowatych, występuje zwykle powiększenie liczby ciałek białych. Z pośród 12 przyp. w 3 tylko nie pojawiła się leukocytoza traw., w innych przyrost wynosił 2900—5800 c. b., przeciętnie 3911. Występowała ona w 2ej godzinie, a szczyt przypadał bez wyjątku po 3—4 godzinach. Powrót do stanu prawidłowego nastawał u jednych dość szybko, u innych powoli. Leukocytozy traw. nie stwierdziliśmy w przypadku niedowładu, oraz nieżytu jelit, nadto u jednego zupełnie zdrowego, co będziemy się starali poniżej wyjaśnić.

Stosunek wzajemny pojedynczych gatunków ciałek b. podczas leukocytozy trawiennej nie ulegał wielkiej zmianie; w każdym razie mogliśmy stwierdzić małe zwiększenie ciałek białych jednojądrzastych, oraz c. eozynochłonnych.

Leukocytozę trawienną oznaczaliśmy w 11 przyp. nowotworu, a w 10 wrzodu okrągłego żołądka.

Z pośród 11 przyp. raka stwierdziliśmy, zgodnie z przeważną częścią autorów, w 4 zupełny brak leukocytozy trawiennej. W pozostałych 7miu, wystąpiła ona wyraźnie, a przyrost ciałek białych wynosił 2300—5700, przeciętnie 3650. Jeżeli uwzględnialiśmy okres powstawania leukocytozy, to przekonaliśmy się, że był on prawidłowy (2—4 godz.) tylko u trzech chorych. W 4ech przyp. natomiast stwierdziliśmy opóźnienie, które przeciągało się do 6ciu, a nawet 14 godzin.

We wrzodach żołądka, z których znaczna część sprowadziła zwężenie odźwiernika, leukocytoza traw. wystąpiła 7 razy, a przyrost ciałek b. wahał między 2000—4000, średnio 2862. Prawidłowy czas jej wystąpienia stwierdziliśmy w 3ch przyp., w 4ch zaś opóźnienie, które przeciągało się od 5 do 9 godzin. U jednego z chorych obecność leukocytozy była niestałą, raz przyrost wynosił 2000, a przy ponownem obliczaniu 1200. Wymownie świadczą o wartości leukocytozy 2 nasze przypadki wrzodu, w których pomimo dłuższego spostrzegania, bo $6^1/_2$—8 godzin, wcale jej nie stwierdzono, w 1ym nawet z nich liczby, znalezione po przyjęciu pokarmów, były mniejsze, niż po 18togodzinnem głodzeniu.

Aby wyjaśnić tę niestałość pojawiania się leukocytozy trawiennej w raku i wrzodzie żołądka, musimy rozważyć te czynniki, które mają wywierać wpływ na jej powstawanie.

Jako przyczynę braku leukocytozy traw. w raku żołądka podawano zmiany anatomiczne w błonie śluzowej (Schneyer, Jeż, Hassmann), wyniszczenie nowotworowe (Müller), wreszcie zwężenie odźwiernika (Müller, Hassmann).

Schorzenie błony śluzowej może być powodem niedostatecznej peptonizacyi substancyj białkowatych, oraz upośledzać czynność chłonienia w żołądku. Nie można jej jednak przypisać większego wpływu na powstawanie leukocytozy traw. Brak wydzielania HCl nie odgrywa tu żadnej roli. Dowodzą tego spostrzeżenia Müllera i opisane przez Schneyera przypadki raka żołądka, z pomiędzy których w 5ciu stwierdzał Sch. brak leukocytozy trawiennej, mimo obecności wolnego HCl. Za tem przemawiają również dosadnie i nasze spostrzeżenia, które wykazały brak leukocytozy traw. przy obecności HCl w przypadkach wrzodu żołądka. Rozległości zmian chorobowych, wywołanych w błonie śluz. obecnością nowotworu, nie można obwiniać o przyczynę niedostatecznego przyswajania pokarmów. Dowodzą tego nasze przypadki, z których n. p. w jednym, rak rozlany zajmował większą część żołądka, a przecież szybko, bo po 2 godzinach, wystąpiła wyraźna leukocytoza (+ 3500).

Wyniszczenie nowotworowe samo nie wystar-

cza do wytłómaczenia tego zjawiska. Przy obecności jego możemy znaleźć leukocytozę, a może się ona nie pojawiać i przy braku większego wyniszczenia (Schneyer).

Jaką wreszcie rolę odgrywa tu zwężenie odźwiernika? Szczególniejszą zwracają na siebie uwagę te przypadki nasze raka i wrzodu żołądka, w których leukocytoza traw. nieraz znacznie się opóźniała, a nawet u jednego i tego samego chorego zjawiała się raz wcześniej, to znowu później. Znajdowaliśmy przedewszystkiem brak leukocytozy w tych przypadkach, w których zwężenie odźwiernika było znaczne, a rozstrzeń żołądka większego stopnia. Przeciwnie, gdy zaległości treści pokarmowej nie były obfite, a więc zwężenie nie było wielkie, tam, bez względu na to, czy przyczyną zwężenia był rak, czy wrzód, stwierdzaliśmy obecność leukocytozy traw., jużto w prawidłowym okresie czasu, jużto po większem lub mniejszem opóźnieniu. Częstokroć tam, gdzie pierwotnie nie mogliśmy wykazać przyrostu ciałek białych, występował on w chwili, gdy ogólny stan chorego się poprawiał, a zaległości w żołądku stawały się mniejsze.

Nasunąć to musiało usprawiedliwione przypuszczenie, że wynik leukocytozy trawiennej nie tyle zawisł od zmian nowotworowych, lub stopnia owrzodzenia, ile od ich następstw, czyli od stopnia zwężenia odźwiernika, a co za tem idzie, od łatwości przedostawania się pokarmów z żołądka do jelit.

Zdolność przyswajania substancyj białkowatych przypada w udziale żołądkowi i jelitom. Czynność jednak asymilacyjna jelit, jak to już wynika z ich budowy, jest nieporównanie większa i energiczniejsza. Jakkolwiek nie można w zupełności odmówić żołądkowi udziału w asymilacyi, a więc i warunków do powstania leukocytozy traw., to przecież czas najczęstszego pojawiania się szczytu leuk. traw. po 3—4 godzinach od przyjęcia pokarmów i nasze liczne spostrzeżenia zniewalają czynić ją zawisłą od asymilacyi wytworów przemiany substancyj białkowatych w jelitach Tem bardziej odnosić się to może równocześnie do raka i wrzodu żołądka, gdyż obie te sprawy chorobowe, tocząc się przeważnie w części odźwiernikowej, gdzie istnieją warunki asymilacyjne, takowe upośledzają.

Dla pewniejszego przekonania się, o ile zwężenie odźwiernika, jakiejkolwiek przyrody, wpływać może na powstawanie leukocytozy traw., stosowałem u kilku chorych, u których przy znacznem zwężeniu odźwiernika nie wystąpiła leukocytoza trw., wysokie lawatywy odżywcze, złożone z 400 grm. mleka, 2 jaj i 15 grm. nutrozy, oznaczając przytem liczbę ciałek białych. Doświadczenia te wykazały, że można i wśród stósowania lawatyw odżywczych wykazać powiększenie ilości ciałek białych. W przypadku np. wrzodu żołądka, w którym poprzednio nie stale i niewyraźnie występowała leukocytoza traw., przyrost ciałek białych już po $1^1/_2$ godz. wynosił 2400. Ponieważ sposób ten nie nadawał się do większej liczby doświadczeń, przeto wkrótce porzuciliśmy go, tem rychlej, że mieliśmy do rozporządzenia chorych, u których poprzednio badano leukocytozę traw. a u których później wykonano w klinice chirurgicznej lwowskiej gastroenterostomię, lub wycięcie odźwiernika.

Jeżeli więc tylko zwężenie odźwiernika jest przyczyną braku leukocytozy traw., tak w przebiegu raka, jakoteż wrzodu żołądka, to po usunięciu tej przeszkody przez zabieg operacyjny, powinny wrócić warunki do jej powstawania. W tym celu badano zachowanie się leukocytozy traw. pooperacyjne w dwóch przypadkach nowotworu żołądka, a w 4 przypad. wrzodu okrągłego. Wyniki otrzymane dostatecznie przekonały nas, że przywrócenie drożności pomiędzy żołądkiem a jelitami, czy to przez wycięcie odźwiernika, czy wykonanie gastroenterostomii, stwarza ponownie warunki do powstawania leukocytozy traw. tam, gdzie jej przedtem stwierdzić nie można było a przyspiesza pojawianie się, gdzie ona się opóźniała. Prawidłowa zatem czynność odźwiernika odgrywa prawie wyłączną rolę przy powiększaniu się ilości ciałek białych wśród trawienia. Oczywiście muszą istnieć stosunki prawidłowe w samych jelitach; tu bowiem wszystkie sprawy patologiczne, któreby utrudniały, lub uniemożliwiały ich czynność asymilacyjną, odbić się muszą i na zachowaniu się leukocytozy traw. Dlatego może brakować leukocytozy traw. w nieżytach jelit i tem należy tłomaczyć nieobecność jej u naszego chorego, dotkniętego nieżytem jelit i żółtaczką.

Trudniej wyjaśnić się daje niepojawianie się leukocytozy traw. u ludzi, zresztą zupełnie zdrowych. Według spostrzeżeń Schultza, tem większy jest przyrost ilości ciałek białych, im obficiej podajemy pokarmy białkowate i to im w dłuższych odstępach czasu. Dlatego też u królików i młodych psów nie ma leukocytozy trawiennej, gdyż one ciągle jedząc, są w stanie trwałego trawienia; można ją wywołać dopiero po dłuższem głodzeniu. Być więc może, że i u ludzi, którzy nie okazują fizyologicznej leukocytozy traw., istnieją podobne warunki trawienia. Należałoby przyjąć u nich osłabienie kurczliwości odźwiernika, w którego następstwie istnieje niedomykalność (*incontinentia pylori*). Pokarmy wówczas nie przedostają się do jelit w prawidłowych odstępach czasu i w większej ilości, lecz powoli a stale. Za istnieniem wspomnianej niedomykalności przemawiaćby mogły wyniki oznaczania ilościowego ciałek białych u chorych ze zwężeniem odźwiernika. W pierwszych tygodniach bowiem po przywróceniu drożności między żołądkiem a jelitami, t. j. w czasie, gdy pokarmy bezustannie przepływały z żołądka do jelit, nie pojawiała się leukocytoza trawienna. W tych przypadkach występowała ona dopiero z chwilą, gdy czynność mechaniczna żołądka zbliżała się w tym kierunku do prawidłowej, że żołądek mógł już zatrzymywać pokarmy przez czas dłuższy i przesuwać je okresowo do jelit w pewnych odstępach czasu.

W podobny sposób należałoby tłómaczyć brak leukocytozy traw. przy zwężeniach odźwiernika, czy to na tle nowotworu, czy wrzodu i następowej blizny. Treść pokarmowa bez wątpienia i tu przedostaje się do jelit, lecz zwolna i w małej ilości, gdyż zmieniony i zgrubiały odźwiernik, będąc w stanie niedomykalności, nie działa należycie, tem więcej, że słabnie i czynność mechaniczna żołądka przy dłuższem trwaniu sprawy chorobowej.

Uwzględniając wyniki naszych spostrzeżeń nad leukocytozą trawienną, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Wśród czynności trawienia pokarmów białkowatych występuje w przeważającej liczbie przypadków powiększenie ilości ciałek białych, czyli leukocytoza trawienna; szczyt jej przypada zwykle pomiędzy 3cią a 4tą godz.

po spożyciu pokarmów, a przeciętny przyrost ciałek b. wynosi 3543.

2) Dla powstawania jej potrzebną jest prawidłowa czynność odźwiernika, oraz jelit.

3) Od zmian chorobowych w obu wspomnianych kierunkach zależy brak leukocytozy traw. w stanach patologicznych przewodu pokarmowego.

4) Obecność zwiększenia ilościowego ciałek białych wśród trawienia nie daje żadnych wskazówek rozpoznawczych w wątpliwych przypadkach nowotworu i wrzodu okrągłego żołądka; w obu bowiem sprawach chorobowych może się pojawić, albo nie i to niezależnie od samej istoty choroby.

5) Brak leukocytozy trawiennej u ludzi zdrowych odnieść można do osłabienia kurczliwości odźwiernika, powodującego następową jego niedomykalność.

IV. **O zaburzeniach układu nerwowego, a w szczególności o nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznem.**

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Według wykładu mianego na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachium dnia 20 września 1899 r.).

(Dokończenie).

Spostrzegany przezemnie przypadek nerwicy po rażeniu gorącem przedstawiał się, jak następuje:

Wywiady: Pacyent mój, liczący lat 25, jest urzędnikiem kolejowym i pochodzi ze zdrowych rodziców. Jeden z wujów jego cierpiał na chorobę umysłową, której chory bliżej oznaczyć nie umie.

Mając lat 13 chorował pacyent na zapalenie opon mózgowych, następnie zaś był najzupełniej zdrowym. Przed pięciu laty służył w wojsku jako jednoroczniak. Dnia 22go czerwca 1894 r. uległ rażeniu gorącem. Przypadek ten opisuje pacyent w sposób następujący:

„W towarzystwie trzech znajomych przedsięwziąłem wycieczkę w góry, której celem był szczyt, sięgający 5,500 stóp wysokości; góra ta, będąca wapienną skałą, porosła lasem, mniej więcej do $^2/_3$ swej wysokości. Byłem znużony, gdyż do samego wieczora dnia poprzedniego pełniłem moją dość uciążliwą służbę. Wyruszyliśmy około godziny $^1/_2 7$ rano. Dzień był cichy, parny i jasny [1]). Po niejakim czasie uczułem wśród drogi lekkie ciśnienie w okolicy czoła, które się z biegiem czasu wzmagało. Ponieważ głowa moja oblewała się potem, zdejmowałem od czasu do czasu kapelusz i przykrywałem głowę chustką. Mniej więcej około godziny pół do 11tej przed południem zaczęły mi dolegać uczucie palącego gorąca w głowie i cisnący ból w okolicy czoła, mianowicie ponad brwiami. Odczuwałem zarazem duszność i niepokój w okolicy dołka podsercowego. Równocześnie zauważyłem, że chód mój stał się niepewnym i chwiejnym. Nagle straciłem przytomność i upadłem, według opowiadania mych towarzyszy, w tył na ziemię. Oblewanie głowy zimną wodą, zakropienie kilkakrotne kroplami Hoffmanna i zastosowanie salmiaku, jako środka podniecającego, przywróciło mi zwolna i stopniowo, mniej więcej po $1^1/_2$ godzinie po owem zajściu, samowiedzę. Prowadzony i podtrzymywany, doszedłem wreszcie mniej więcej po sześciu godzinach do najbliższej u stóp góry położonej miejscowości, do której się zwykle w przeciągu trzech godzin dociera. Byłem nadzwyczajnie zmęczony, wyczerpany i odczuwałem lęk niewysłowiony przed ponowieniem się przebytego co dopiero niebezpieczeństwa. Przyszedłem jednakże niebawem zupełnie do siebie i czułem się następnie przez dwa mniej więcej tygodnie względnie dosyć dobrze. Później jednakże zacząłem cierpieć na uczucie ciśnienia w głowie, ból głowy, często się powtarzające krwawienie z nosa, uczucie niepokoju i ciśnienia w okolicy dołka podsercowego. Z dolegliwościami temi łączyło się uczucie lęku, wywołane światłem słonecznem. Gdy chodzę po ulicy wśród bezpośrednio padających promieni słonecznych, budzi się natychmiast w mej pamięci wspomnienie przebytego przypadku i połączonego z nim niebezpieczeństwa. W tejże samej chwili rodzi się we mnie lęk i przestrach, wprawiający mnie w uczucie najzupełniejszej bezsilności i osłabienia. Z pomienionym nastrojem łączą się drżenie w całem ciele i krótko trwające zawroty głowy. Wśród nich słaniam się, odczuwam skłonność do padania naprzód i zdaje mi się wtedy, jakoby przedmioty mnie otaczające były ruchome i ujęte w lekką drżącą mgłę. Zawrotom tym towarzyszą uderzania krwi do głowy, uczucie w niej gorąca i zajęcie. Pewniejszym siebie i spokojniejszym czuję się dopiero wtedy, gdy przejdę na zacienioną stronę ulicy. Niejednokrotnie wystarcza już odbicie się promieni słonecznych na szybach, na biórku mego pokoju i t. p., aby wywołać we mnie uczucie lęku z opisanymi objawami. Od czasu przebycia wzmiankowanego niebezpieczeństwa czuję się nadzwyczajnie drażliwym i wrażliwym. Pamięć moja ucierpiała trochę względnie do wrażeń ostatniego czasu, siła uwagi zmniejszyła się, chęć do pracy i wytrwałość w niej opuściły mnie prawie zupełnie. Przy szybszem poruszaniu się, n. p. schylaniu się lub wbieganiu na wschody, doznaję kołatania serca i uderzania krwi do głowy. Wśród dni gorących opadają mnie duszność, ogólne osłabienie i przygnębienie. Używanie napojów wyskokowych nawet w małych ilościach wprawia mnie w wielkie rozdrażnienie. Od czasu do czasu cierpię na szum w uszach. Przy dłuższem czytaniu dręczy mnie migotanie przed oczyma, a oczy mgła zachodzą“.

Wynik badania: Pacyent wzrostu słusznego, silnie zbudowany, mięśnie i podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte, cera blado-żółtawo-czerwona; widzialne błony śluzowe czerwono są zabarwione. Na całem ciele, mianowicie na ramionach i piersiach, dostrzedz można, zwłaszcza wśród naglejszych ruchów, prążkowate i włókienkowate drgania. W jamach nad- i podobojczykowych występuje obustronnie lekkie tętnienie żył. Nerwy nad- i podoczodołowe są w miejscu wystąpienia na czoło, względnie na policzek, wrażliwe na ucisk. Ugniecenie trzech górnych kręgów lędźwiowych wywołuje u pacyenta uczucie zimnego dreszczu. Pędzelkiem, szpilką i zastosowaniem prądów elektrycznych (galw. i farad.)

[1]) Poranne sprawozdanie bawarskiej centralnej stacyi meteorologicznej, odnoszące się do stanu powietrza w dniu wzmiankowanym, jest następujące: Stan barometru 768.6; słaby wiatr zachodni, niebo pogodne, opad 4 mm., ciepłota + 15°C. W dniu poprzedzającym po południu burze gradowe, nocą słaby deszcz, rankiem mgła i opary. — Najwyższa ciepłota w ostatnich 24 godzinach wynosiła 22°C.

stwierdza się przeczulica skóry na tułowiu i kończynach. Odruchy skórne i kolanowe są znacznie wzmożone. Serce okazuje granice prawidłowe; tony jego są ciche, tępe, uderzenia serca i jego wierzchołka przyspieszone, nierówne i nierytmiczne. Ostatnie dają się wyczuć niewyraźnie na wewnątrz od linii sutkowej w piątem międzyżebrzu. Tętno sprychowe przyspieszone (80—90 uderzeń na minutę) i nierówne. Odpowiednio do tego okazuje tętnica sprychowa zmienną wysokość i napięcie. Czynność innych narządów wewnętrznych nie przedstawia żadnych zaburzeń. Mocz nie zawiera żadnych składników chorobowych. Oczy pacyenta są bez blasku. Wzrok robi wrażenie marzycielstwa, tonąc w dali bez zastanawiania się na otaczających przedmiotach. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy dno oczu oraz ich ruch są prawidłowe.

Czynność psychiczna: Wzmożona wrażliwość, i wyżej już wymienione osłabienie pamięci; w wyrazie twarzy, postawie i ruchach pacyenta przebija raz niepokój i niepewność siebie, to znowu lęk, lub zmięszanie się i roztargnienie. Tłem całego nastroju duszy jest psychiczne przygnębienie.

Rozpoznanie: Zcharakteryzowany obraz choroby, którego najgłówniejszymi rysami były: uczucie ciśnienia w głowie, wzmożona drażliwość i wrażliwość, wzmożone znużenie psychiczne, omamy, lęki i przygnębienie psychiczne przemawiają za niedomogą mózgową z odcieniem zadumczym (hipochondrycznem), wywołaną rażeniem gorąca.

Terapia polegała na zabiegach, mających na celu:

1) zahartowanie i wzmocnienie osłabionej konstytucyi fizycznej, a to: wycieraniami mokrem prześcieradłem, chłodnemi basenowemi (20°R.) i rzecznemi kąpielami, które pacyent brał dwa do trzech razy tygodniowo;

2) wzmocnienie rozstrojonej konstytucyi psychicznej: za pomocą poddawania (sugestyi) zwalczające lęki i chorobliwe samopoddawanie, rozrywki, później stopniowe przejście do zajęcia się pracą.

Po dwu mniej więcej miesiącach chory stał się daleko spokojniejszy i pewniejszy siebie, nie był już tyle wrażliwym i nie nużył się tak szybko, jak dawniej. Złudzenia i lęki nie opuściły go wprawdzie zupełnie, ale zmniejszyła się przynajmniej znacznie ich częstość i siła. Z fizycznych dolegliwości odczuwał chory jedynie lekkie ciśnienie w okolicy wyjścia nerwów nadoczodołowych.

Analiza: jako powód usposabiający do rażenia uważać można stan znużenia, w którym się pacyent bezpośrednio przed podjęciem wycieczki górskiej znajdował. Rażenie gorącem wprawiło go w niebezpieczeństwo życia. Z niebezpieczeństwa zaś tego wynikło przerażenie, które, jak należy przyjąć, wywołało wstrząśnienie całego ustroju, a w szczególności mózgu i duszy.

Co do zaburzeń psychicznych, toześrodkowywały się one poniekąd w złudzeniach niebezpieczeństwa, którym chory podlegał. Złudzenia rzeczone powstawały niejako pod wpływem światła słonecznego[1]), które stało się dla pacyenta od czasu przebycia rażenia silnem podrażnieniem, wywołującem wrażenie wstrząsające. Z tem podrażnieniem i wrażeniem łączyło się za każdym razem wspomnienie przebytego niebezpieczeństwa. Wspomnienie to budziło w samowiedzy chorego, skutkiem, jak sądzić można, nieprawidłowego kojarzenia i łączenia się psychicznych pierwiastków tak bardzo łudzący obraz przebytego niebezpieczeństwa, że chory uważał fikcyjny ten obraz za rzeczywistość. Ze złudzeniem tem, według orzeczenia samego, bardzo inteligentnego pacyenta, stał dręczący go lęk w najściślejszym związku. Lęk ten tamował niejako nie tylko przypływ nowych wrażeń i hamował tworzenie się nowych pojęć, lecz zaciemniał zarazem wrażenia, uczucia i pojęcia, już w duszy chorego się znajdujące, mroczył inteligencyę, ubezwładniał wolę i zacieśniał samowiedzę. Ostatnia nie zawierała w danej chwili nic, krom złudzenia niebezpieczeństwa i obawy o zagrożone niem życie. Ten łańcuch zboczeń i zaburzeń fizyologicznych, psychicznych i fizyologiczno-psychicznych, przedstawionych w opisie choroby, cały ten stan złudzeń i lęków, budził w umyśle chorego rozliczne chorobliwe samopoddawania (autosugestye) i rodził w nim nowe rozdrażnienia, nowy niepokój, nowe obawy i lęki. Do takich chorobliwych samopoddawań należało n. p. wmawianie w siebie, że choroba jest nieuleczalną, że uczyni chorego niezdolnym do pracy i t. p. Niejako zaś ostatniem ogniwem i wynikiem pomienionych zaburzeń było umotywowane niezadowolnienie ze siebie i z warunków bytu i życia, niezadowolnienie, rodzące ból i przygnębienie psychiczne.

Opierając się na spostrzeżeniach Darwina, Langego, Anjela, Cordesa, Sarloa, Bernardiniego, Kaana, Löwenfelda, Bouvereta i innych i postępując śladami przyjętej przez nich teoryi naczyniowo-odruchowej, przypuszczaćby należało, że wstrząśnienia mózgowo-psychiczne wprawiają pewne ośrodki rdzenia przedłużonego, a mianowicie ośrodki naczyniowo-odruchowe w stan przedrażnienia i osłabienia Teorya ta ma wiele ponętnego za sobą, choćby już z tej przyczyny, że objawy naczyniowo-odruchowe są dla spostrzegającego najwięcej bijące w oczy (Moebius). Ale nie tłómacząc wszystkich, wywołanych niedomogą nerwową objawów, nasuwa ona mimowoli pytanie, czy inne ośrodki nerwowe nie są tu także bez wagi i znaczenia.

Już przed dwudziestu przeszło laty (1876 r.) Freusberg, uznając zarazem zalety teoryi naczyniowo-odruchowej, podniósł głos swój przeciw jej jedynowładztwu w poważnej fizyologicznej rozprawie swej „O drżeniu“ *(„Über das Zittern“)*. Powstaje on w niej pomiędzy innemi przeciw tłómaczeniu stanów i zaburzeń, ogarniających szeroko ustrój. oddziaływaniem określonych ośrodków nerwowych (naczyniowoodruchowych), znajdujących się li tylko w rdzeniu przedłużonym, i przyjmuje prócz tych inne jeszcze osobne ośrodki nerwowe, podniecające narządy do czynności. Pomiędzy pierwszym i drugim rodzajem ośrodków panuje, zdaniem jego, ścisły bardzo związek. Odnosząc dalej swoje, na doświadcze-

[1]) W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem następujące luźne tylko wzmianki o złudzeniach i lękach, powstających pod wpływem światła słonecznego. Löwenfeld wspomina w rozprawce swej „O agorofobii“ bardzo pobieżnie tylko, że u jednego z jego pacyentów pojawienie się lęków zależało od rozmaitych przypadkowych okoliczności. Do nich zalicza Loewenfeld jasne światło dzienne i jaskrawy blask słońca. Dalej, mówiąc o współudziale siatkówki w nadczułości całego układu nerwowego nadmienia Cordes o lęku, powstającym przy chodzeniu koło sztachetów, przez które słońce prześwieca. Na siatkówce tworzy się wtedy w szybkiem po sobie następstwie cała serya zmieniających się odbić światła i cienia, a wywołane niemi znużenie i wyczerpanie jej odbija się w duszy uczuciem lęku.

niach oparte wnioskowania, do drżenia, jako do echa psychicznych wstrząśnień i jako wyrazu osłabienia i znużenia narządów ruchowych, mniema Freusberg, że polega ono na wahaniu się siły inerwacyi, udzielanej mięśniom przez ośrodki ruchowe.

Z etyologicznego i patogenetycznego punktu widzenia zasługuje na uwagę w przypadku moim wzmiankowane w historyi choroby znużenie i z niem się łączące wyczerpanie chorego. Przyznać tu można pewne znaczenie fizyologicznej teoryi znużenia, reprezentowanej przez Helmholtza, Harless'a, Rankego, Pettenkoffera, Kroneckera, Voita, Pflügera, Preyera, Zuntza, przyjmującej tworzenie się i nagromadzanie we krwi kwasu węglowego, mlekowego, fosforanu potasowego i innych trujących substancyj. — Inni badacze, jak Wundt i Kraepelin, kładą większy nacisk na rysy psychiczne neurastenicznego znużenia. Ostatnimi czasy usiłował Mosso, w znakomitej swej pracy „O znużeniu", wyjaśnić etyologię i istotę fizycznego i psychicznego znużenia. — Charcot i jego szkoła przyjmują jako patogenetyczną podstawę wywołanych zwłaszcza wstrząśnieniami nerwic (histeryi etc.), zaburzenia czynnościowe kory mózgowej, — powodujące zaburzenia psychiczne, — oraz zaburzenia odnośne w ośrodkach ruchów i czucia, znaczące się odpowiedniemi nieprawidłowościami w czynności narządu ruchowego i zmysłów. Meynert, Krafft-Ebing i inni kładą w swych hipotezach nacisk na przekrwienia czynnościowe ośrodków nerwowych, na zaburzenia w ich odżywieniu i na zmiany chemiczne ich substancyi. Nie sposób mi jest przytoczyć choćby tylko pobieżnie wszystkich, odnoszących się do tego przedmiotu, hipotez i teoryj. Według mego przekonania już sama ich mnogość przemawia za tem, że każda z nich, wychodząc z pewnego naukowego punktu widzenia, objaśnia li tylko pewną część fizycznych i psychicznych objawów neurastenii. Mianowicie zaś, co do ostatnich, hipotezy te polegają w przeważnej części na mniej lub więcej szczęśliwych domysłach, nie zdolnych jednakże wniknąć w głąb całego szeregu zagadnień, stanowiących dla nas dotąd tajemniczą istotę duszy.

W analizie naszej wypada nam jeszcze zastanowić się krótko nad poprzedzającą wstrząśnienie psychiczne szkodliwością, t. j. nad rażeniem gorącem (Hitzschlag). Jacubasch, na podstawie sekcyi, zalicza do czynników patologicznych i chorobotwórczych rażenia gorącem: żylne przekrwienia w ogólności, w szczególności zaś przekrwienia naczyń krwionośnych mózgu, rdzenia i płuc. — Drobnowidowe badania Lewicka, Siedamgrotzkiego, Ullmana, M. Schultzego (por. Jacubascha monogr. Str. 48—49 i 99) wykazały dalej rozpad licznych krwinek czerwonych u dotkniętych rażeniem słonecznem i gorącem. Do tej okoliczności odnieść może należy znacznie zmniejszoną zawartość tlenu, którą znaleźli i doświadczalnie dowiedli Klaudyusz Bernard [1]), Vallin i inni badacze we krwi zwierząt, poddanych wysokiej ciepłocie.

Jako patologiczno-kliniczne czynniki przyjmuje tu Jacubasch podwyższenie ciepłoty ciała, niekiedy do 41° C. i więcej, osłabienie siły popędowej mięśnia sercowego, wreszcie zaburzenia w krążeniu, wyrażające się przekrwieniem żylnem i słabem zarazem napełnieniem tętnic. O ile te patologiczno-kliniczne czynniki w opisanym przezemnie zachodziły przypadku, skłonny jestem przyznać im odpowiednią wagę i znaczenie.

[1]) Klaudyusz Bernard stara się objaśnić sprawę tę przypuszczeniem, że rozgrzana krew przemienia tlen, wskutek odpowiednich połączeń chemicznych w kwas węglowy (por. Jacubasch str. 99).

Piśmiennictwo.

1) Baglivii Georgii opera omnia, Lugduni 1704. P. 623—624. 2) Portio Luca Antonio. De militis in castris sanitate tuenda. Neapoli 1728. P. 110—117. 3) Van Swieten. Kurze Beschreibung u. Heilungsart der Krankheiten, welche am öftesten in dem Feldlager beobachtet werden etc. Münster 1759. 96—101. 4) Tissot. Die Anleitung für das Landvolk in Absehung auf seine Gesundheit. Aus d. französ. durch S. Hirzel Med. Doct. etc. Augsburg u. Innsbruck 1772. S. 159—168. 5) Pringle Johann. M. D. etc. Beobachtungen über die Krankheiten d. Armee, in's Deutsche übers. von A. E. Brande. M. D. Altenburg 1772. 6) Lieutaud M. Précis de la médécine pratique etc. p. 249—264. XIV édition Paris 1776. 7) Schmucker Leberecht. Vermischte chirurgische Schriften. Berlin u. Stettin 1779. II Bd. S. 134—140. 8) E. Esquirol. Des maladies mentales. Bruxelles 1838. Tom I. P. 146—147. 9) Heusinger. Recherches de pathologie comparée Vol. I. P. 317. Cassel 1847. 10) Schmidt'sche Jahrbücher. Zur Kenntniss des Sonnenstichs. Bd. 129. S. 296. 1866. 11) Obernier. Der Hitzschlag etc. Bonn 1867. 12) Passauer. Über Todesfälle nach Insolation etc. Vierteljahrs chrift für gerichtliche und öffentliche Medicin 1867. 13) Schmidt'sche Jahrb. Meissner H. Zur Lehre vom Hitzschlag B. 141. S. 89. 1869. 14) Cordes. Archiv für Psychiatrie Bd. III. 1871/72. Die Platzangst, Agoraphobie S. 521—574. 15) Darwin. Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen und Thieren, aus dem engl. übers. von J. V. Carus Stuttgart 1872. Kap. XIII. Theorie d. Erröthens S. 316—355. 16—23) Statistische Sanitätsberichte über d. K. bayerische Armee 1874—1879, 1882—1884, 1886, 1886—1889, 1889—1891, 1891—1893, 1894—1896. 24) Arndt R. Archiv für pathol. Anatomie u. Physiologie 1875. Bd. 64. S 15—39. Zur Pathologie des Hitzschlags. 25) Siedamgrotzki. Zwei Fälle von Hitzschlag. Berliner klin. Wochenschrift 1876. 26) Ullmann. Ein Beitrag zur Aetiologie und Prophylaxis des Hitzschlags. Berliner klin. Wochenschrift 1877. Nr. 32 u. 33. 27) Bartens. Über den Einfluss strahlender Wärme auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. XXXIV. 1877. S. 296—314. 28) Jacubasch. Sonnenstich und Hitzschlag als Monographie Berlin 1879. 29) Cordes. Einiges über Platzangst: Archiv für Psychiatrie Bd. X. 1879/80. S. 48—82. 30) Loewenfeld. Uber Platzangst und verwandte Zustände Bayer. Intelligenzblatt 1882. 31) Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich (1870—71) VII. Bd. IV. Medic. Theil B. Erkrankungen des Nervensystems. Kap. VIII. Tabellen S. 300—305. Berlin 1885. 32) F. Müller, Doc. in Graz. Sonnenstich. Militärarzt 1886. XX. Jahrg. 33) Heubner Otto. Hitzschlag, Abhandl. in Eulenburg's Realencyklopädie II Aufl. 1887. Bd. X. S. 534—539. 34) Statistische Sanitätsberichte über d. K. preussische Armee von 1889—1890. 35) Loewenfeld. Hysterie und Suggestion. Münchn Medic. Wochenschr. 1894. Nr. 7 u. 8. 36) Loewenfeld. Pathologie u. Therapie der Neurasthemie u. Hysterie 1894. Angstzustände S. 116—131. 37) Ozanam. Prof. zu Pavia. Allgem. u. besond. medicin. Geschichte der epidemischen ansteckenden und epizootischen Krankheiten in Europa besonders seit dem XIV Jahrh. bis auf unsere Tage. Aus d. französischen von Dr. H. Brandeis. Stuttgart u. Tübingen 1820. 1 Bd. S. 46—53. 38) Sicherer Ph. Fr. M. D. Correspondenzblatt d. Württemb. ärztl. Vereins 1847. Nr. 30. Jahresber. über d. Paulinenhospital in Heilbronn. 39) Harless E. Untersuchungen an der Muskelsubstanz. Sitzungsberichte d. K. beyer. Akademie d. Wissenschaften zu München 1860. S. 93—138. 40) Jacubasch. Über d. Hitzschlag auf Märschen. Militärische Blätter XXIV. Bd. Berlin 1870. S. 228—240. 41) Freusberg A. Über das Zittern. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten VI. Berlin 1876. S. 57—83. 42) Liebl Josef Dr. in Brüxen: Insolation. Wiener medicinische Presse XVIII. 1877. Strona 1142 do 1143. — 43) Anjel Dr. Ueber vasomotorische Neurasthenie etc. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkranheiten VIII, Berlin 1878, S. 394—408. 44) Derselbe. Experimentelles zur Pathologie u. Therapie der cerebralen Neurasthenie. Ibidem XV, S. 618—632. 45) Ranke Johannes, Prof. in München. Grundzüge der Physiologie des Menschen. Leipzig 1881. Ermüdung. S. 120, 714, 730, 992. 1001. 46) Mosso A. Prof. in Turin. »Die Ermüdung«, Aus dem Italienischen übersetzt von J. Glinzer, Leipzig 1892. 47) Charcot. Leçons du Mardi à la Salpêtriére. Policlinique 1887—1888. Tome I, Paris 1892, p. 26, 28, 220, 221. 48) Bernstein Jul Prof. in Halle. Lehrbuch der Physiologie. Stuttgart 1894. Vasomotorische Nerven u. Centren. S. 105—114. 49) Moebius P. J. Neurologische Beiträge. Leipzig 1894. Heft II. a) Bemerkungen über Neurasthenie, S. 62—86; b) Ueber Neurasthenia cerebralis, S. 98—103. — 50) Hiller A. Der Hitzschlag Deutsche militärärztliche Zeitschrift. Berlin 1891. 51) Grudzüge der Tropenhygiene von Dr. Karl Däubler. München 1895, S. 23. 52) Rho Dr. Filippo. Malatti praedominanti nei paesi caldi e temperati. Turin 1887. (Ref. im Archiv f. Schiffs u. Tropenhygiene. Bd. II, 1898. S. 190—191).

V. Wyciągi.

Burghart: **O wpływie leków na diazoreakcyę.** *(Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 38, 1899). Wiadomem jest, iż niektóre środki lecznicze, mianowicie te, które w ustroju uległszy wessaniu, zostają moczem wydalone, wpływają na diazoreakcyę w ten sposób, iż ją naśladują. Do takich związków leczniczych należą środki z gromady naftalinowej, które barwią się z odczynnikiem Ehrlicha na ciemno-czerwono. Podobnie działają wyciąg i nastój z makowca, *Cascarae sagradae, Hydrastis canad.* Oprócz tego znamy środki, które znów w ten sposób wpływają na diazoreakcyę, iż ta się nie pojawia po wprowadzeniu do ustroju tych przetworów, jakkolwiek bez ich podania mocz daje wyraźnie reakcyę Ehrlichowską. Badaniami w tym kierunku zajmował się autor. Według niego w pierwszym rzędzie zasługują na uwagę kwas galusowy i garbnikowy, jak i wszystkie przetwory i leki, zawierające takowe, choćby w połączeniu, n. p. tanigen, tanalbin i inne. Do przeszkodzenia w pojawieniu się diazoreakcyi wystarczają ilości 0·1 grm. kwasu galusowego lub garbnikowego, 3 razy na dzień podane. To samo tyczy się leków roślinnych, zawierających kwas garbnikowy, jako też lekarstw, z tychże przyrządzonych, n. p. *Decoct. fol. uvae ursi; Dec. Chinae, Infus. Salviae, Thea Chinen. Coffea arab, Gland. querc.* i t. d. Z środków leczniczych, które nie wpływają na diazoreakcyę, wymienia autor: *Inf. Sennae. Tinct. Colchici, Valerianae, Strychni, Decoct. Condurango, Inf. Digitalis, Camphora, Vasogen, Natr. salicyl. et Acidum, Urotropinum, Pepsinum, Antipyrinum, Diuretinum, Coffeinum, Chininum, Acid. benzoicum, Creozotum, Creozotal.* Z doświadczeń swoich wyciąga autor wniosek, iż ciała, przeszkadzające diazoreakcyi, nie niszczą zwiazków, wywołujących tę reakcyę, lecz działają i zmieniają odczynnik Ehrlicha.

Dr. J. L.

Dungern: **Swoista surowica, uodparniająca przeciw przybłonkom.** *(Münchener med. Wochs.* 1899. 38). D. w jednej z dawniejszych prac swoich starał się wykazać, że rozpad i rozpuszczenie ciałek czerwonych krwi w obcym ustroju jest skutkiem działania swoistych substancyj, wytwarzanych przez ów ustrój, a działających przy ponownej próbie wprowadzenia do ustroju ciałek czerwonych, znacznie silniej na ciałka czerwone tego samego rodzaju, co wprowadzone poprzednio, niż na ciałka czerwone innych rodzajów zwierząt. Obecnie przeprowadził D. podobne doświadczenia z komórkami przybłonkowemi, używając mianowicie przybłonka migawkowego z tchawicy wołów, który zaraz po zeskrobaniu z błony śluzowej wprowadzał do jamy otrzewnowej świnek morskich. Okazać się miało przytem, że przybłonek taki obumiera znacznie prędzej w jamie otrzewnej tych świnek, którym wprowadzono go powtórnie, niż u tych świnek, którym wprowadzano go po raz pierwszy. Zjawisko to przypisuje D. wytworzeniu się swoistych substancyj, „uodparniających przeciw obcym przybłonkom", a zawartych w surowicy krwi. Porównując działanie tych substancyj z działaniem substancyj „uodparniających przeciw ciałkom czerwonym krwi", miał D. stwierdzić, że każda z nich jest odrębną a swoistą, t. j. jedna posiada „powinowactwo" tylko do przybłonków, druga tylko do ciałek czerwonych. Pomijając wnioski teoretyczne, jakie z dalszych w tym kierunku badań dla nauki o odporności D. wysnuć sobie obiecuje, nie można nie wspomnieć o przypuszczeniu, którem on pracę swą kończy, mianowicie, że z czasem uda mu się zużytkować swoje odkrycia dla leczenia raka i wytworzyć surowicę, „uodparniającą przeciw komórkom przybłonkowym nowotworowym", a nieszkodliwą dla tkanki łącznej. Zabezpiecza się przytem D. twierdzeniem, że działanie takiej surowicy byłoby rzeczywiście skuteczne tylko przy działaniu miejscowem i to nb. „po chirurgicznem usunięciu wszystkich okiem dostrzegalnych cząstek nowotworu" (!?). *C.*

Prof. A. Narath: **O pewnej właściwej postaci przepuklin udowych (przednaczyniowych), jako następstwie bezkrwawego leczenia wrodzonych zwichnięć biodra.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 59, Z. II). Tę postać przepukliny spostrzegał N. 6 razy u 4 pacyentów z wrodzonem zwichnięciem stawu biodrowego, których leczył w sposób w tytule nazwany. Wiek tych pacyentów wahał się od 11—7 lat. Używał głównie metody Paci-Lorenza; leczenie trwało 6 do 12 miesięcy. Przepuklinę spostrzegał zwykle po półrocznem leczeniu. Podstawa ich jest szeroka na 5—7 ctm., usadowiona tuż pod więzadłem Pouparta. Leżą na dużych naczyniach uda i rozciągają się na kilka ctm. ku dołowi. Zazwyczaj bywają one próżne i rozpoznać je można dopiero podczas parcia lub kaszlu. To jest prawdopodobnie powód, że nie wszyscy dotychczas je spostrzegali. Bramę ich stanowi wązka szczelina, jaka się tworzy w rozstępie naczyniowym (lacuna vasorum) pomiędzy więzem Pouparta, a dużemi naczyniami udowemi. Szczelina ta sięga od punktu, w którym powięź biodrowo-grzebieniowa łączy się z więzem Pouparta i sięga dośrodkowo prawie po więz Gimbern. Przepuklina ta znajduje się prawdopodobnie na zewnątrz od tętnicy nadbrzusznej *(a. epigastricā)*, leży w pochwie naczyniowej i między dwiema blaszkami powięzi szerokiej. Przyczyną powstawania tych przepuklin jest prawdopodobnie znaczne uszkodzenie rozmaitych części rozstępu naczyniowego podczas odprowadzania. Następstwem tych gwałtownych nieraz urazów jest przesunięcie, naciągnięcie, zwiotczenie i zanik tkanek w zakresie rozstępu i pochwy naczyń udowych. Przez to miejsce *minoris resistentiae* wypukla się następnie otrzewna.

Herman.

Dr. W. Braun. **Histologiczne badania przygojonych płatów skórnych Krausego.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59. Z. II). Materyał, jakim się B. posługiwał, pochodzi z przypadków klinicznie spostrzeganych. W tych przypadkach, w których przygojony płatek mało co różnił się od skóry prawidłowej, także i budowa histologiczna nie rożniła się niczem od budowy skóry prawidłowej. W tkance bliznowatej, łączącej przeszczepiony płat z podstawą, brakowało zwykle włókien sprężystych. Tylko w przypadkach dawnych występowały one jako bardzo cieniutkie, zaledwie dostrzegalne niteczki. W przypadkach, które klinicznie nazwać trzeba nie zupełnie udałymi, ogniskowo tylko wykazać można było skórę prawidłową, ogniskowo zaś młodą tkankę łączną pozostającą w bezpośrednim związku z podłożem. Odżywienie płata następuje początkowo drogą krążenia plasmatycznego, jak na to wskazuje początkowy obrzęk, potem drogą nowo narastających naczyń, łączących się w samym płacie z naczyniami dawnemi. *Herman.*

Prof. C. Garré. **O skutecznem śródotrzewnowem przeszczepieniu bąblowca na zwierzęta.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59. Z. II). Z polecenia G. robił Riemann doświadczenia na zwierzętach, wszczepiając im do jamy otrzewnowej zawartość bąblowca, uzyskaną świeżo podczas operacyi na ludziach. W 3 przypadkach wynik był zupełny, pęcherzyki bowiem (z bąblowca wątroby) nie tylko utrzymały się przy życiu, ale rosły i mnożyły się. Przekonano się o tem, zabijając zwierzęta w kilka tygodni, względnie miesięcy, po zakażeniu. Bąblowce, zapomocą unaczyniowych błon rzekomych, poprzyrastały do jelit i do dolnej powierzchni wątroby. Te doświadczenia, obok takichże Alexinskyego, każą domniemywać się, że wielokrotny bąblowiec na otrzewnej powstaje raczej skutkiem rozsiania się zawartości pierwotnego, pojedynczego pęcherza, usadowionego w którymś narządzie jamy brzusznej, po jego pęknięciu, lub może tylko nakłóciu podczas nakłócia próbnego. Ostrożnie zatem z nakłóciem.

Herman.

Prof. Dr. Juliusz Hohenegg (Wiedeń). **Wyleczenie po przebiciu pęcherzyka żółciowego i wylaniu się żółci wraz z kamieniami żółciowymi.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 21 z r. 1899). Kobieta 45 letnia, przedtem zdrowa, zapadła po błędzie w dyecie na ostry nieżyt żołądka, a trzeciego dnia wystąpiły nagle objawy zapalenia otrzewnej z przedziurawienia i niedrożność przewodu pokarmowego.

W 12 godzin po wystąpieniu ostrych objawów przystąpił Hohenegg do operacyi i znalazł w jamie brzusznej treść żółciową w ilości około 2 litrów, otorbioną między poprzecznicą, a siecią i wątrobą. Woreczek żółciowy zawierał liczne kamyki; w jednem jego miejscu znajdował się otwór, przez który jeden kamyk wypadł do jamy otrzewnowej. Woreczek nie okazywał żadnych zmian zapalnych, a jego pęknięcie nastąpiło tylko z przyczyn mechanicznych, wywołanych nadmiernem nagromadzeniem się płynu i z powodu nagłego skurczu mięśni brzusznych przy zginaniu się, po którem natychmiast objawy wystąpiły. Tym okolicznościom zawdzięczyć należy, że nie było wysięku ropnego. H. otworzył woreczek żółciowy od jego podstawy, powyjmował liczne kamienie, przedziurawienie zespolił szwami Lamberta; po oczyszczeniu jamy otrzewnowej, wszył H. przeciętą część woreczka do rany operacyjnej powłok brzusznych i na kilka dni założył sączek. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, po 32 dniach chora opuściła zakład, jako wyleczona. *Dr. E. Karchezy.*

Lehmann. **Badania doświadczalne nad przyzwyczajeniem się do gazów fabrycznych (amoniak, chlor, kw. siarkowodowy).** *(Archiv. f. Hygiene.* T. 34. Z. 4). Zwierzęta przyzwyczajają się łatwo do wdychania $2^1/_2$—4, a nawet 5—6 razy większych ilości chloru i amoniaku, niż te, które znoszą przy pierwszych próbach bez widocznej jeszcze szkody dla ustroju. Podobne zjawisko zauważył L. u ludzi odnośnie do bezwodnika kw. siarkawego. Przyzwyczajeni robotnicy znoszą bez szkody 4-krotnie większe ilości SO_2 w powietrzu, niż osoby nieprzyzwyczajone. Oczywiście spostrzeżenie to nie uprawnia do tego, aby zezwalać w fabrykach na stałe przebywanie ludzi w znaczniej zanieczyszczonych gazami przestrzeniach. Co najwyżej możnaby dopuścić wyższy ponad pewną granicę stopień zanieczyszczenia powietrza w tych tylko częściach fabryk, gdzie ludzie przebywają rzadko i chwilowo, i to ograniczając wstęp tylko do ludzi wprawnych i przyzwyczajonych do działania trujących gazów. — Na czem polega takie przyzwyczajenie, obecnie jeszcze nie można rozstrzygnąć stanowczo. — Inaczej, niż wobec 3 wspomnianych gazów zachowuje się ustrój ludzki i zwierzęcy wobec H_2S; tu nietylko niema mowy o przyzwyczajeniu, lecz przeciwnie wzrasta z czasem wrażliwość i zmniejsza się odporność. Z tego powodu należy H_2S uważać za szczególnie dla zdrowia niebezpieczny i starać się o przeprowadzenie w tym kierunku jak najostrzejszych zarządzeń. *S.*

Mołczanow: **Przyczynek do znajomości cierpień rzeżączkowych układu nerwowego.** *(Russkij archiw patołogii,* 1899, Tom 8. Zesz. 2). Cierpienia układu nerwowego, wywołane przez zakażenie rzeżączkowe, są dotychczas mało zbadane. Dla wyjaśnienia tej sprawy zwrócił się M. do doświadczeń na zwierzętach, posługując się jadem dwoinek rzeżączkowych, uzyskanym przez ogrzanie 20—25-dniowych hodowli w bulionie z surowicą do 70° C. przez kwadrans. Wypróbowawszy siłę jadu na myszach, wstrzykiwał go M. świnkom morskim i królikom bądź to podskórnie, bądź do jamy brzusznej, bądź wreszcie do żył. Po wielkich dawkach jadu ginęły zwierzęta w 1—3 dniu wśród objawów ogólnego osłabienia; mniejszemi dawkami jadu można wywołać zatrucie przewlekłe, znamionujące się osłabieniem lub zniesieniem odruchów skórnych i ścięgnistych i niedowładami lub porażeniami, połączonemi z zanikiem mięśni. Badanie drobnowidowe układu nerwowego przeprowadził M. rozmaitymi sposobami u 25 świnek morskich i 20 królików. U wszystkich tych zwierząt można było wykazać zawsze te same zmiany w układzie nerwowym, które M. opisuje w sposób następujący: W zatruciach ostrych pojawiają się zmiany głównie w komórkach rogów przednich rdzenia kręgowego w postaci częściowej lub ogólnej chromatolizy, zmiany postaci i położenia jądra komórkowego, wytwarzania się wakuol w protoplazmie i wreszcie zaniku komórek. Zmiany te, występujące najwybitniej u świnek morskich, nie są zresztą swoiste dla jadów rzeżączkowych. Komórki nerwowe zwojów kręgowych ulegają również podobnym zmianom, lecz rozwijającym się później. Komórki kory mózgowej i jąder nerwów mózgowych dotknięte są najmniej. Zarówno ostremu, jak i przewlekłemu zatruciu jadami rzeżączkowymi towarzyszy bardzo często przekrwienie opon mózgordzeniowych i istoty szarej rdzenia, a niekiedy wybroczyny, usadawiające się zwykle w sąsiedztwie kanału centralnego rdzenia. Stopień wszystkich tych zmian zależy od wysokości dawki wcielonego jadu. W zatruciu przewlekłem jadami rzeżączkowemi pojawiają się u świnek morskich w 3 cim, a u królików w 4-tym tygodniu zmiany w nerwach obwodowych, które w drugim miesiącu potęgują się i wysuwają na pierwszy plan w obrazie anatomicznym. W końcu drugiego miesiąca, lub później, rozwija się zwyrodnienie w tylnych korzonkach i w tylnych sznurach rdzenia kręgowego. *C.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4. października 1899 r.

Przewodniczył kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 25.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Uchwalono upoważnić prezesa, aby po porozumieniu się z Izbą lekarską ogłosił w »Przeglądzie lek.« listę kandydatów do Komisyi podatku zarobkowego, a to w celu wprowadzenia przynajmniej jednego lekarza do tej komisyi.

Kol. prezes zawiadamia, że kol Nartowski urządził przy ul. Lubicz prywatny zakład dla elektroterapii, hidroterapii i rentgenografii i zaprosił członków Towarzystwa do zwiedzania zakładu.

Kol. prezes oświadcza, że ze względu na miejsce, w którem odbywa się posiedzenie, (zakład anatomii patologicznej), nie może przedstawić swoich przypadków. Przypadki te, mianowicie dwa przypadki gruźlicy krtani, przeznaczone do tracheotomii i laryngofisury z usunięciem produktów gruźliczych, można oglądać na oddziele kol. prezesa.

II. Następnie wypowiedział kol. prezes prof. Pieniążek wykład: »O leczeniu operacyjnem zwężeń tchawicy«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Kryński zapytuje, czy prelegent miał sposobność wykonania częściowej resekcyi tchawicy, wskazanej tam, gdzie zwężenie jest krótkie. Takie wycięcie wypróbował na psach Küster, a Eiselsberg ogłosił jeden przypadek, tyczący się człowieka. Chodziło o bliznę po usiłowanem samobójstwie; wycięto odcinek $2^1/_2$—3 ctm. długi i zeszyto tchawicę poprzecznie.

Prelegent odpowiada, że w jego przypadkach chodziło przeważnie o zwężenie na znaczniejszej przestrzeni. W przypadkach zaś zwężeń przeponowatych, zwężenie znajdowało się za mostkiem, zatem w miejscu dla wykonania resekcyi niedostępnem. Wreszcie w tych przyypadkach rozerwanie przepony śródtchawicze i rozepchanie rurką jest zabiegiem bezwarunkowo lżejszym, niż częściowe wycięcie tchawicy.

Sekretarz: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VII. Sprawozdanie z sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej LXXI Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytego w Monachium w dniach 17—23 września 1899 roku

napisał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Dokończenie).

XIV. Edinger (Frankfurt n. M.). *Studya, odnoszące się do pamięci niższych kręgowców.* Prelegent wystosował w gazetach

wezwanie do ichtyologów z prośbą, by mu listownie podać zechcieli szczegóły, tyczące się pamięci ryb. Ze wszystkich części świata otrzymał odpowiedzi na te zapytania. Wyniki porównawcze badań innych autorów ze spostrzeżeniami własnemi E. przedstawiają się, jak następuje: — ryby posiadają poczucie światła i chemicznych czynników (*Photo* = u. *Chemorception*). Nietylko one widzą, lecz prócz tego wyszukując swą niedostrzegalną zdobycz, kierują się powonieniem. Doświadczenia, wykonywane zapomocą strojnika (*Stimmgabel*) zdają się przemawiać za tem, że ryby nie posiadają zmysłu słuchu. Silne bardzo łoskoty, jak n. p. huk dział, zdają się udzielać rybom drogą mechanicznego wstrząśnienia. Są one nadto w posiadaniu przyrządu, zapomocą którego oryentują się co do obocznego ciśnienia wody. Niektóre rodzaje ryb posiadają własność zmieniania barwy, stósownie do otaczającego środowiska. Rodzaj ryb, zwany „Knochenfische“ nie posiada wcale kory mózgowej. Warstwa nabłonka stanowi całą zawartość czaszki. Inne rodzaje ryb nie mają półkul mózgowych, lecz li tylko śródmózdże (*Mittelhirn*) i zamózdże (*Hinterhirn*).

Jak liczne spostrzeżenia i badania wykazały, nie zbywa rybom i na pewnych zdolnościach umysłowych, a mianowicie na zdolności przerabiania wrażeń otrzymanych drogą zmysłów. Przemawia n. p. za tem odruch ku ucieczce * wobec grożącego niebezpieczeństwa, lub zmiana stanowiska ryb, n. p. po strzale i t. p. Dalej świadczyć ma o tem i ta okoliczność, że ryby zbliżają się w wodzie ku podającym im pożywienie (Metzler). Przytoczone zdolności umysłowe ryb zalicza Edinger do sfery kojarzenia i pamięci i przyjmuje jako siedzibę ich śródmózdże, wzgórki wzrokowe i czworacze.

XV. Straub (Monachium) *O zmianach w naczyniach krwion. w przebiegu porażenia postępowego*. Prelegent wymienia przedewszystkiem zmiany w tętnicy głównej w przebiegu porażenia postępowego i do nich zalicza zniekształtnienie guzowate błony wewnętrznej. Zmiany te zachodzą najczęściej w części wstępującej tętnicy głównej, w jej łuku; a w niektórych przypadkach i w górnym odcinku części brzusznej; wśród dwuletniego spostrzegania nie zauważył ich St. nigdy w częściach dolnych. Niekiedy guzowaty pierścień okala całe światło tęt. głównej. Rzadko tylko chorobowa ta sprawa przechodzi na zastawki tęt. głównej, lub na inne tętnice najbliższe, np. t. t. wieńcowe serca, t. t. krezkowe, nerkowe, i t. p. Zwapnienie może się czasem z nią łączyć. Względnie rzadko zachodzi rozpad ateromatyczny. Patologiczne te zmiany kończą się zwykle ku dołowi wyrazistą linią: dolna część brzusznej tętnicy głównej jest zwykle chorobową tą sprawą nie zajęta. Istota i rozległość opisanej sprawy chorobowej przemawiają, zdaniem St., za kiłową jej przyrodą. Dowodzi tego również wynik drobnowidowego badania: Zgrubienie błony wewn. tętnicy nacieczenie, koliste bł. zewnętrznej, bujanie naczyń, idących od błony zewnętrznej do średniej, rozgałęzione drobnokomórkowe nacieczenia w około naczyń. Niekiedy bujanie naczyń dosięga samej błony wewnętrznej. Naczynia mózgowe w jednej części przypadków ulegają tej samej sprawie chorobowej, co i tętnica główna. Nasilenie sprawy patologicznej podlegać może niezwykle wielkim wahaniom. Straub uważa całą tę sprawę chorobową za rozrostowe zapalenie tętnic (*proliferirende Arteriitis*). Ostatecznym wnioskiem tej zajmującej pracy, opartej na sekcyach, badaniu drobnowidowem i na własnej (około 100 przypadków liczącej) statystyce, jest to, że kiła stanowi tło etyologiczne porażenia postępowego w 82% przypadków, spostrzeganych przez Straub'a.

XVI. Bumm A. (Monachium). *Doświadczalne badania nad zwojem rzęskowym (ganglion ciliare) kota*. (Z demonstracyą drobnowidowych preparatów). — Podawszy topograficzną anatomię zwoju rzęskowego, zaznacza mówca, że histologiczne jego badanie wykazało dwa główne typy komórek: 1) wielobiegunowy typ zwojowy (*multipolarer, sympathischer Typus*) 2) i dwubiegunowy typ rdzeniowy (*bipolarer spinaler Typus*). Bumm badał zmiany, zachodzące w zwoju rzęskowym po przecięciu nerwów rzęskowych: następstwem tego doświadczenia był zanik i skurczenie zwoju rzęskowego do połowy jego zwykłej wielkości. Nerw okoruchowy przedstawiał się zupełnie prawidłowo. Nerwy rzęskowe tracą swój prawidłowy srebrno-szary połysk, a ich zwoje podpadają po większej części zanikowi.

* Odruch ten zaliczyć należy do zmysłu samozachowawczego, jak to wykazali Darwin, Brehm i inni badacze na całych szeregach zwierząt. Tworzenie nowego określenia i pojęcia zdaje się tu być niepotrzebnem. (*Przypisek sprawozdawcy*).

* * *

VIII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

7) Pflaundler (z Gracu): *O ssaniu i trawieniu*. Dokładne badanie mechanizmu ssania i żucia wykazało: 1) że osesek wykonuje ruchy przy ssaniu po myśli „primitives Saugverfahren“ Auerbacha i że ruchy te nie powodują wypływu mleka z brodawki, lecz wywołują napływ jego z gruczołu mlecznego do przewodów mlecznych. Wypływ mleka z brodawki jest następstwem wygniatających ruchów żujących: 2) że dzieci, dostające pokarm z flaszki zapomocą wielkich smoczków, nie wykonują ruchów ssania, lecz mleko spływa bez natężenia z ich strony; 3) że przez odpowiednie urządzenie, a mianowicie przez umieszczenie pewnego oporu, można zmusić te dzieci do wykonywania pewnych ruchów ssących przy przyjmowaniu pokarmu.

Dawniej używane flaszki „à long biberon“ zmuszały sztucznie karmione dziecko do wykonywania ruchów czynnych przy przyjmowaniu pokarmu; sposób ten jednak ma tę wadę, że długie i wązkie rurki gumowe i szklane, stanowiące części składowe tego przyrządu, trudno utrzymać w odpowiedniej czystości, jakkolwiek prelegent uważa, że przesadnem jest zbytni kłaść nacisk na czystość tych rurek. (Na jakiej podstawie zdanie to wypowiada, autor nie podaje. *Przyp. sprawozdawcy*).

Prelegent używa pojedynczego sposobu, ażeby określić zapomocą manometru nasilenie pojedynczych ruchów ssących i ciśnienie maksymalne, powstałe przez zesumowanie pojedynczych, bezpośrednio po sobie następujących, ruchów ssących. Następnie wykonywał badania porównawcze nad czynnością wydzielniczą żołądka i nad przebiegiem trawienia żołądkowego po czynnem i po biernem przyjmowaniu pokarmu o tej samej ilości i jakości. Doświadczenia te dobitnie wykazały, że stopień kwasoty i zawartość odsetkowa kwasu solnego w zmięszanej treści żołądka podnoszą się po czynnie przyjętym pokarmie *ceteris paribus* znacznie szybciej i wyżej, aniżeli po biernie przyjętym pokarmie. A tłómaczy się objaw ten tem, że ruchy ssące pobudzają czynność wydzielniczą żołądka. I wypróżnianie żołądka pod wpływem ruchów ssących zdaje się szybciej odbywać. W związku z tem zauważono, iż dzieci karmione flaszką czują się po czynnie przyjętym pokarmie lepiej, rzadziej wymiotują i szybciej zasypiają. Dlatego też prelegent zaleca zaprowadzenie czynnego podawania pokarmów w dyetetyce oseskòw.

Rozprawy: Biedert zwraca uwagę, że już w r. 1873 podobne podał określenie znaczenia ruchów ssących i również sądzi, że szkodliwości, przypisywane dawniej używanym flaszkom, nie są uzasadnione.

Czerny (z Wrocławia) sądzi, że właściwie dowodem korzyści dawniej używanych flaszek mogłyby być korzystniejsze wyniki odżywiania u dzieci, karmionych temi flaszkami, w porównaniu z wynikami u dzieci, karmionych flaszkami nowego systemu.

Fischl (z Pragi) zwraca uwagę na korzyści z przestrzegania odstępów pomiędzy pojedynczemi karmieniami i na dobre wyniki, otrzymywane przy podawaniu pokarmu co trzy godziny. Dzieci nie płaczą dlatego, że są głodne, lecz z powodu bólu: a zapobiega się również tym sposobem rozdęciu żołądka. F. wątpi, czy przez podawanie pokarmu z flaszek z długą rurką można zupełnie naśladować ssanie piersi.

Schlossmann (z Drezna) czyni uwagę, że czasem z piersi przychodzi łatwiej wydobyć pokarm ssaniem, a czasem trudniej i że siła ssąca pojedynczych dzieci nie jest jednaka.

Conrad (z Essen) odrzuca dawniej używane flaszki z powodu trudności utrzymania takowych w stanie zupełnie czystym, a zagłębienia na ścianach flaszek są często siedzibą nieczystości.

Hecker (z Monachium) radzi podawanie smoczka dla zaspokojenia dziecka (!).

Lugenbühl (z Wiesbadenu) zwraca uwagę, że wyniki Pfaundlera, mianowicie, że przez ssanie czynność wydzielnicza żołądka zostaje wzmożoną, znajdują potwierdzenie w badaniach Pawłowa.

Pfaundler w odpowiedzi zaznacza, że można zapobiedz połykaniu powietrza przy ssaniu z flaszki, zapomocą odpowiedniej klapy. W klinice w Gracu flaszki zagłębień nie mają.

8) Camerer (z Sztuttgardu): *Wzrost ciężaru i długości ciała dzieci, szczególnie w pierwszym roku życia*. Autor przeprowadził badania na 250 dzieciach i podaje wyniki zebrane w następujących tablicach:

TABLICA I.

Ciężar ciała po urodzeniu wynosi 2·75 kgm.

Rodzaj żywienia	Płeć dziecka	Ciężar po urodzeniu	Ciężar z końcem tygodni													
			2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
Mlekiem kobiecem (matki lub mamki)	Chłopców i dziewcząt 114 przyp.	3·45 *kg*	3 57	4·04	4·83	5·59	6·25	6·81	7·32	7·79	8·21	8·57	8·88	9 22	9·52	9 95
	Chłopców 57 przypadków . .	3·48 „	3·64	4 17	5 08	5 87	6 58	7·14	7·65	8 14	8 54	8·90	9 22	9 65	9·97	10·21
	Dziewcząt 52 przypadki . .	3·24 „	3·44	3·81	4·56	5·27	5·90	6·52	6 92	7·38	7·80	8·09	8·40	8·72	8·97	9·66
Sztuczne karmienie po największej części mlekiem krowiem	Chłopców i dziewcząt 85 przyp.	3·39 „	3·46	3·73	4·34	4·95	5·61	6·27	6 90	7·30	7·75	8 13	8 27	8 65	8·91	9 98

TABLICA II.

Ciężar ciała po urodzeniu wynosi poniżej 2·75 i poniżej 2 kgm.

	Ciężar po urodzeniu	Ciężar ciała z końcem tygodni													
		2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
Ciężar ciała między 2·75 i 2 kg. 24 przypadki	2·42 *kg*	2·56	2·90	3 65	4·30	4·79	5·38	5 91	6·18	6·54	6 80	6 93	7·26	7·71	7·94
Ciężar ciała poniżej 2 kg. 14 przypadków	1.68 „	1·81	2 12	2 76	3·40	3 99	4·73	5·17	5·51	5·83	6·14	6 24	6·54	6·43	6·75

Z tablic tych wynika, że na wagę ciała z końcem pierwszego roku nie ma wpływu rodzaj odżywiania, a zależy ona od wagi ciała po urodzeniu i wpływ ten sięga dalej aż do wieku dziecięcego. Szkodliwy wpływ sztucznego karmienia w pierwszym kwartale zostaje wyrównany przez przyrost na wadze w drugim kwartale i następnych tygodniach.

Prócz tego podaje autor tablice, zawierające wymiary długości i ciężaru od urodzenia aż do końca okresu wzrostu, wreszcie podaje badania, wykonane na czterech braciach rodziny *a*, dwóch braciach i jednej siostrze rodziny *b* i na czterech siostrach i jednym bracie rodziny *c*.

TABLICA III *a*.

Długość ciała.

	Długość ciała po urodzeniu	Długość ciała z końcem roku																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Średnia chłopców rodzin *a* i *b* . .	52 ctm.	75	86	96	103	109	116	121	127	132	137	142	147	154	161	168	173	175	176	177
Chłopca rodziny *c*	—	—	—	—	—	—	—	—	122	127	—	135	139	145	153	163	170	176	177	177
Dziewczyny rodziny *b*	53 ctm.	78	89	99	107	113	120	124	130	133	138	144	149	156	163	167	168	—	169	—
Średnia dziewcząt rodziny *c* . . .	—	—	—	—	—	100	107	111	118	124	129	134	140	147	150	152	—	153	—	—

TABLICA III *b*.

Ciężar ciała.

	Ciężar ciała po urodzeniu	Ciężar ciała z końcem roku																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Średni chłopców rodziny *b* . . .	3 15 kg.	9·5	12 6	14 8	16 6	17·9	19·8	21·6	23 8	25·9	28·4	31 6	33·9	37·5	42·6	50 0	56 0	61·4	69·1	73·9
Chłopca rodziny *c*	—	—	—	—	—	17·5	19·2	20 7	23 2	24·4	26·5	30 0	32·4	35·3	37·9	48 1	54·6	60 4	57·1	61·2
Dziewczyny rodziny *b*	3·10 kg.	10 1	12·7	15·3	17·2	18·8	20·9	23·3	25·6	27·9	31 1	34 3	39 9	49·0	55·0	59·4	—	—	62·6	—
Średni dziewcząt rodziny *c* . . .	3·40 kg.	8·9	10 6	12·5	14·2	15·1	17·2	18 4	20·6	22·3	24·8	26 6	30·9	35·2	39·7	44·1	44·3	—	48 0	50·8

Z tabel tych wynika, że wzrost na długości i przyrost ciężaru idą w parze; u płci męzkiej po 17 roku życia wzrost na długość jest ukończony, a u dziewcząt po 15 roku życia. Przyrost ciężaru u płci męzkiej z 18-tym i 19-tym rokiem, a u dziewcząt z 15-tym rokiem — jest ukończony.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Korespondencye.

Lwów dnia 30. X. 1899.

Czcigodny Panie Redaktorze!

W korespondencyi ze Lwowa, pomieszczonej w ostatnim numerze (43) *Przegl. Lek.* znajduje się na str. 591 następujący ustęp: „Tutejsza (t. j. lwowska) Sekcya Tow. lek. galic. jakoś mniej energicznie niż poprzednich lat pracuje. Przed wakacyami — prawda, że z powodu zajęcia się sprawami tak aktualnemi, jak n. p. reforma szkół średnich, — parę posiedzeń naukowych przepadło, a wakacye niezwykle długo trwały. Wnosząc z odczytów, a raczej z prelegentów, którzy je wygłaszali, mógłbym sądzić, że prezes ma

mało poparcia ze strony kolegów, bo posiedzenia wypełniać musi swą własną i swych asystentów pracą".

Wobec tego, jako tegoroczny przewodniczący Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic., zmuszony jestem nadmienić:

1szo — że posiedzeń naukowych odbyło się w bieżącym roku więcej niż w przeszłym;

2gie — że wakacyjna przerwa była również krótszą i ściśle obejmowała czas przepisany;

3cie — że posiedzenia nad reformą szkół średnich, które się odbyły w przeszłym roku, nie mogły się przyczynić do „przepadnięcia" posiedzeń w bieżącym roku;

4te — że liczba kolegów prelegentów wynosi dotychczas w bieżącym roku 26, odnośnie do 19 w roku przeszłym;

5te — żeprawdą jest, iż według możności, tak ja, jak moi asystenci, uważamy branie żywego udziału w posiedzeniach za obowiązek.

Z wysokim szacunkiem

Prof. Dr. Gluziński.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie polepszenia doli lekarzy.

W numerze 41 „Przeglądu lekarskiego" poruszył kol. Uhma kilka bardzo ważnych kwestyj, dotyczących opłakanych — nazwijmy rzecz po imieniu — stosunków lekarskich w naszym kraju. Korespondencya ta nie wyczerpała sprawy do dna, bo tego jeden człowiek w jednym artykule uczynić nie jest w stanie: kol. Uhma rzucił tylko szkic, który powinien być wszechstronnie opracowanym. Nikt lepiej nie wie tego, jak właśnie czytelnicy „Przeglądu lek.", że aby chorobę usunąć, trzeba przedewszystkiem poznać jej przyczyny, a poznawszy, zastósować, póki czas, odpowiednie lekarstwo. Chorobą w danym przypadku są coraz gorsze i trudniejsze warunki bytu, w jakich się większość lekarzy znajduje i one to popychają coraz częściej pojedyncze jednostki do uchybień etyce i godności stanu, które znów z drugiej strony nie zawsze słusznie i sprawiedliwie bywają piętnowane.

A przyczyna choroby? Aby tę zgłębić, należy złożyć *consilium* w formie dyskusyi, której początek daje właśnie artykuł kol. Uhmy, a która bez wielkich zachodów, bez zwoływania bezowocnych wieców, odbyć się może poprostu w łamach „Przeglądu lekarskiego". Jest to nawet obowiązkiem tego pisma użyczyć swej gościnności dla niej, jako pisma, które oprócz tematów naukowych, powinno roztrząsać też sprawy ogólne, stan lekarski obchodzące. Niech każdy, kto ma coś w tej materyi do powiedzenia, zabierze głos, nie krępując się żadnymi względami i poda środki zaradcze. Jestem przekonany, że „Przegląd lek." nie odmówi nam swej pomocy, bo odmawiając, postąpiłby wbrew interesom stanu, którego jest organem i któremu ma służyć. W każdym razie, choćbym się mylił pod tym względem, *tentare licet*. A więc proszę o głos w interesie lekarzy osiadłych w większych miastach, zostawiając omówienie stosunków prowincyonalnych kolegom z prowincyi.

Nie ulega wątpliwości, że w mieście takiem, jak Lwów lub Kraków, lekarz praktykujący walczyć musi z coraz gorszymi i trudniejszymi warunkami. Składa się na to kilka czynników.

Przedewszystkiem ogół publiczności przyzwyczajonym jest do tego, że w mieście uniwersyteckiem są do każdego działu wiedzy lekarskiej specyalni profesorowie; w ich cieniu nikną inni lekarze, choćby nawet i specyaliści. Nie jeden chory, choć go nie stać na opłacenie wysokiego honoraryum, udaje się i tak do profesora, bo nie wie, że znalazłby w każdej gałęzi po kilku lub kilkunastu specyalistów, którzy nie posiadając tytułów uniwersyteckich, szerszemu ogółowi nie są dostatecznie znani. Przyczynia się do tego jeszcze i to, że w mieście takiem zazwyczaj profesorowie tworzą bezwiednie i bez złej woli kompletny „ring" między sobą. Internista profesor X. potrzebujący wiedzieć, czy choroba jego pacyentki rozwinęła się na tle cierpienia macicznego, nie poszle jej do któregokolwiek ze znanych sobie ginekologów, chociaż wierzy w ich wiedzę i długoletnie nieraz doświadczenie, ale zaraz do profesora Y.; ten naodwrót, mając podejrzenie wady serca u innej swojej pacyentki, adresuje ją do tegoż samego internisty, profesora X. Tu szanse są wielce nierówne, bo nieutytułowany, zwykły lekarz praktyczny znalazłszy się w podobnem położeniu, zasięga zazwyczaj rady utytułowanego specyalisty, a posyłając mu czasem i kilkunastu przez rok pacyentów, nie otrzyma wzamian ani jednego. Cóż więc dziwnego, że publiczność przyzwyczaja się do jednych i tych samych nazwisk.

Olbrzymią konkurencyę w mieście uniwersyteckiem stwarzają dla ogółu lekarzy kliniki, polikliniki i szpitale, gdzie, jak to słusznie podniósł kol. Uhma, setki takich chorych, których stać na leczenie się prywatnie, znajduje poradę. Co więcej, zakłady te zmuszają lekarzy do obniżenia cen, bo pacyent, któremu koszta leczenia prywatnego wydają się za wysokie, przenosi się już po kilku wizytach do ambulatoryum klinicznego. Przez to rozszerza się zakres praktyki lekarzy, stojących na czele tych zakładów z ujmą dla tych, co prócz gabinetu prywatnego nie rozporządzają niczem więcej. Wśród publiczności wyrabia się nadto ciągle to przekonanie, że nawet najbagatelniejsza operacya może być wykonaną jedynie przez profesora, lub w klinice i znów odpada lekarzom praktykującym spory zastęp chorych, potrzebujących jakiejkolwiek operacyi.

Wobec tego wszystkiego lekarz, pragnący pracować na kawałek chleba i mieć jaką taką klientelę, musi od czasu do czasu przypominać się publiczności zapomocą ogłoszeń w dziennikach, lub wywieszonych na domu tabliczek. Ale przez to ściąga na siebie zaraz rozmaite zarzuty. Niechno pojawi się częściej, niż trzy razy, inserat, w tej chwili panowie, uważający się za powołanych do strzeżenia godności stanu lekarskiego, zarzucą mu, że spycha ten stan wzniosły, szczytny itd. z wysokiego piedestału i to tem niżej, im więcej razy się ogłosi. Do niedawna jeszcze rzucano kamienie potępienia na tych śmiałków, co mieli odwagę wywiesić na swym domu tabliczkę. Dziś przeciwnie, uznano, że ta tabliczka nie ubliża nawet todze i biretowi profesorskiemu. Jak to wszystko jest względne na świecie!

Już widzę, jak czytelnik przyznaje mi racyę, ale zarazem pyta: i jakaż na to rada? Mojem zdaniem byłaby taka Izba lekarska powinna co roku podawać do publicznej wiadomości spis i adresy lekarzy praktykujących, z wyszczególnieniem specyalności. Powinna umieszczać wykazy we wszystkich aptekach, nie jak dzisiaj ukryte wstydliwie, najczęściej na wewnętrznej stronie drzwiczek, zamykających szczelnie szafkę z truciznami, lecz na miejscu widocznem i dla wszystkich dostępnem. Wykazy takie powinny znajdować się także po hotelach. Bah! ale tu znów słyszę głosy oburzenia: wszak to poniżenie stanu! — Pytam dla czego? — Przecież w razie wybuchu w mieście gwałtownej epidemii, wykazy lekarzy z urzędu bywają ogłaszane i nikomu na myśl nie przyjdzie, jakoby to było niegodnem tego szczytnego, wzniosłego stanu lekarskiego. Owszem, byłaby tu korzyść nawet moralna, bo obcy, przybyły do hotelu, nie potrzebowałby dopiero dopytywać się tego i owego, gdzie ma szukać porady na swoją chorobę i nie wpadałby, jak się to nierzadko zdarza, w ręce faktorów, co, przyzna każdy, jest daleko większą ujmą godności tego szczytnego, wzniosłego i t. d. stanu.

Panowie profesorowie nie powinni ubiegać się o zwykłą codzienną praktykę: przeciwnie, ograniczyć klientelę swą do przypadków ciężkich i zadawalniać się praktyką konsyliarną; mieliby wtedy więcej czasu na prace naukowe i kształcenie swych słuchaczy, co jest przecież ich pierwszym obowiązkiem. Przypomina mi się tu następujący przypadków z czasów, gdy byłem praktykantem w klinice prof. Madurowicza. Przyszedł do kancelaryi jakiś pan, prosząc profesora do zwykłego porodu. Na to ś. p. Madurowicz wskazał na nas, mówiąc: „ma pan tu sześciu obecnych moich uczniów, proszę sobie wybrać którego z nich, ja mógłbym przybyć jedynie na konsylium, jeżeli ordynaryusz uzna, że tego potrzeba". Tak postępowali i dziś postępują nieliczni już profesorowie starej daty; to też nie było wtedy skarg i narzekań, przeciwnie wiele sił zdolnych wybiło się i nie zmarnowało, jedynie dzięki zacnemu poparciu swoich mistrzów.

Ubezwładnić szkodliwą konkurencyę ambulatoryów klinicznych mogliby także ci, od których to zależy, gdyby...... chcieli. Że to byłoby możliwe, twierdzę, bo znam kliniki, do których zamożniejsi nawet się nie zapędzają, pouczeni, że te nie dla nich przeznaczone.

W artykule kol. Uhmy podniesiono słusznie wyzyskiwanie lekarzy przez liczny zastęp publiczności, która albo nie nie chce płacić, albo, jeżeli płaci, to marnie. Czyżby nie było i na to rady? Owszem, niech wszyscy lekarze danej miejscowości umówią wspólnie minimalne honoraryum za pierwszą wizytę, za następne, za poszczególne zabiegi i t. p. i, zobowiązawszy się solidarnie nie przekroczyć go *in minus*, niech ogłoszą to w swoich poczekalniach. Tu znów zawołają stróże godności tego wzniosłego, szczytnego i t. d. stanu...... poniżenie! Pytam, co jest większem poniżeniem, czy ogłosić, że wizyta kosztuje najmniej tyle a tyle, czy chować do kieszeni kilkadziesiąt centów, jakby „za fatygę", co najwyżej zawiniętych dla większego *decorum* w brudny papierek. Gdyby chory, którego stać na to, wiedział, że w klinice go leczyć nie będą, że nie znajdzie lekarza, któryby go leczył taniej niż drugi, musiałby zapłacić tak jak się wedle słuszności należy. Ale na to trzeba wspól-

działania wszystkich, popierania wzajemnego wspólnych interesów, a nie jak dzisiaj licytowania się *in minus*, byle tylko nie stracić jakiego pacyenta.

Lekarz nie ma dziś żadnego zabezpieczenia na starość lub na wypadek choroby. Dyskutuje się wprawdzie po handelkach, że należałoby jakoś temu zaradzić, ale najczęściej przychodzi się do przekonania, że nic odpowiedniego nie da się wymyślić, bo i ta i owa droga nie prowadzi do pożądanego celu. Tak przynajmniej zapewniło mnie kilku kolegów, którym jakoby sprawa ta gorąco na sercu leżała. Ależ na miły Bóg! jakże sobie radzą inne zawody? Wszakże istnieją stowarzyszenia wzajemnej pomocy, kasy chorych, kasy ubezpieczeń od wypadków lub w razie śmierci i t. p. Nie uwierzę, aby to było nie możebnem, nie, jest inna przyczyna, a mianowicie, że ci, którzyby mogli dać inicyatywę i przyczynić się wiele stosunkami swymi do zorganizowania czegoś podobnego, nie dbają o to, bo mają zapewnioną starość, czy to w postaci emerytury, czy spoczywających w kasach ogniotrwałych kapitałów. Mogłaby też inicyatywa wyjść od Izby lekarskiej lub Towarzystwa lekarskiego, ale chyba wtedy, gdyby jedynem, jak dzisiaj, zajęciem Izb nie było inkasowanie od członków 6-ciu złr. rocznie, a Towarzystwo lekarskie zechciało poświęcić parę posiedzeń tej piekącej kwestyi poza „demonstracyami rzadszych przypadków chorobowych“, które podziwia kilkunastu, zawsze jednych i tych samych członków.

Dr. Langie.

Sprawa zubożenia stanu lekarskiego jest natury społeczno-ekonomicznej, ma swe źródło w przeobrażeniu się dziejowego układu warstw społecznych i sięga wszędzie tam, gdzie u schyłku kończącego się stulecia to przeobrażenie nastąpiło. Jako jeden z objawów bieżącego życia, niekorzystny ten dla lekarzy obrót rzeczy posiada przeznaczeniową żywotność rozwoju i z siłą żywiołu roztrąca stawiane mu zapory. Nowy ten porządek rzeczy zachwiał w społeczeństwach europejskich równowagę stosunku liczby lekarzy do stopy ich zapotrzebowania. Od lat 25 liczba lekarzy w Krakowie podwoiła się i dziś przypada w tem mieście 1 lekarz na 400 mieszkańców, a gdy się uwzględni bezpłatne ambulatorya po szpitalach i klinikach, oraz Kasy chorych, to stosunek ten do śmieszności się obniży. Na zmniejszenie zapotrzebowania lekarzy wpłynęły i inne okoliczności; gdy liczba lekarzy bystro tak wzrastała, w tymże samym czasie przeobrażała się i nauka o lecznictwie: zwrócenie się do sił leczniczych przyrody na niekorzyść farmakodynamiki skierowało przewlekle chorych do zakładów, najczęściej zagranicznych, a leczący się w domu, zwykle poddają się procedurom wodoleczniczym, mięsieniu, gimnastyce, a czasem i elektryzowaniu — bez udziału lekarzy. Tu również zaliczyć należy, że wielkie epidemie ku chwale wiedzy lekarskiej zmalały: ospa np. w Krakowie znikła z powierzchni ziemi, gościec stawowy i błonica przebiegają króciej i bez wlokących się powikłań, a dzięki spopularyzowaniu higieny, społeczeństwo i rząd, pierwsze w domu, drugie w państwie, zapobiegają rozszerzaniu się wszelkich epidemij, przez stłumienie pierwszych przypadków.

Czy te wymienione czynniki zubożenia stanu lekarskiego dadzą się usunąć środkami, które zaleca Dr. Langie? może powywieszane „tabliczki“, spisy lekarzy w hotelach i aptekach na widnem miejscu, oraz kontrola (czy możebna?) nad stanem majątkowym zgłaszających się do klinik chorych — posłużą tu lub ówdzie, jednemu lub drugiemu, do zwiększenia liczby pacyentów, lecz nie zaradzą biedzie ogółu lekarzy, który przebywa przełom społeczny i przebywa go nie sam, lecz wraz z innymi zawodami. Sądząc z faktu, że w reklamie po prostu lubują się niektórzy ludzie, pomimo widocznego u nas braku jej skutków, przypuścić można, że staje się ona czasem rodzajem nałogu. Polskie społeczeństwo stanowczo nie oddziaływa na reklamę: najmodernistyczniej wystylizowane zalecenie własnej osoby nie tylko nie wywołuje zamierzonego nastroju, lecz odnosi wbrew przeciwny skutek, bo społeczeństwo nasze ceni jeszcze w lekarzu przedewszystkiem człowieka. Czy więc się godzi za te najnieprawdopodobniejsze lub też znikome korzyści reklamy płacić całym skarbem wiekami urobionego typu lekarza filantropa?

A więc cóż? czy już nic innego nie pozostaje, jak czekać, aż biegiem życia wyrówna się stosunek liczby lekarzy do ich zapotrzebowania, do czego, sądząc z wpisów na medycynę, szybko idziemy? Nie! jest wiele do zrobienia, ażeby złe zmniejszyć i narzuconego ciężaru — ująć, chociaż nie jedno już nie wróci z tego, co stało się zdobyczą Molocha naszych czasów. Przedewszystkiem z rozpadającego się zrębu budowy społecznej, jak z gruzów walącej się Troi, należy wynieść nasze bogi, uratować godność osobistą i godność stanu. We wszelkiem nieszczęściu, w każdej porażce, zachowanie godności, jeśli już nie równa się zwycięztwu, to z pewnością je zapowiada.

Powiedzieliśmy na wstępie, że główną przyczyną zubożenia stanu lekarskiego jest dążność nowoczesnego społeczeństwa do zorganizowania się w zbiorowe jednostki samopomocy; prąd ten, który owładnął państwa i społeczeństwa, płynie tak wartko, że obala wszystko, co nie płynie w stronę jego, co stoi. W ten prąd życiowy stan lekarski musi się wcielić i zorganizować na wzór organizacyi innych zawodów. Nie w innym też celu powołane zostały do życia Izby lekarskie i nie w innym zamiarze daną jest im ustawowa moc zorganizowania samopomocy. Zadanie tej organizacyi, której ziszczenie jest prawem i obowiązkiem Izb lekarskich, polega 1) na ubezpieczeniu lekarzy tą lub inną drogą na wypadek niezdolności do pracy z powodu kalectwa, choroby lub starości, oraz zaopatrzenie wdów i sierót po lekarzach, do Izby należących; 2) wywalczenie u rządu uwzględnienia postulatów Izb lekarskich, dotyczących sprawiedliwych i znośnych warunków bytu dla lekarzy rządowych, okręgowych, kolejowych, Kas chorych itd. O ile to zadanie jest szczytne, o tyle trudne, wymaga wiele rozwagi i wiele pracy, ale jest wykonalne.

Tylko w świadomej celu i solidarnie związanej organizacyi spoczywa siła naszej samoobrony przeciw wyzyskowi ze strony rządu i różnych instytucyj; natomiast nie usiłujmy nawet zawiązywać względem publiczności jakiegokolwiek syndykatu, jako pomysłu w praktyce niewykonalnego, a w następstwach dla lekarzy zasadniczo szkodliwego: jest to stosunek ściśle osobisty lekarza do jego klienteli, którego nigdy nie da się wcisnąć w żadne ramy szablonowe. A co się tyczy reklamy, i całej tej posępnej literatury lekarzy o sobie w pismach politycznych, to pomnijmy na radę Pascala: „Voulez vous qu'on dise du bien de vous? n'en dites point“.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 listopada.

* Dnia wczorajszego odbyło się zgromadzenie pełnego Komitetu polskiego XIII. międzynarodowego kongresu lekarskiego; po południu zaś — posiedzenie Komitetu gospodarczego IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich; wieczorem Komitet gospodarczy podejmował członków zamiejscowych w Grand-Hôtelu.

(G) Komisya, powołana przez rząd portugalski do wydania orzeczenia o skuteczności surowicy przeciw morowej, jako środka leczniczego i zapobiegawczego, orzekła co następuje: 1) surowica z instytutu Pasteura, stosowana podskórnie, nawet w dawkach znacznych (40—60 sz. ctm. dziennie) nie wywołuje żadnych przykrych objawów ubocznych. 2) Okazuje ona niezaprzeczenie pewną siłę leczniczą i zapobiegawczą, stwierdzoną klinicznie w szpitalach w Oporto. 3) Odporność osiągnięta wstrzyknięciem 5 sz. ctm. tej surowicy jest silną i bezpośrednią; prawdopodobnie jednak nie trwa dłużej nad 25 dni. 4) Szczepienie zabitemi hodowlami prątka morowego według Ferran-Haffkinea wywołuje, — według doświadczeń robionych w Indyach, — odporność dłużej trwającą, która jednak występuje dopiero za 8—10 dni. 5) Skombinowane wstrzyknięcie surowicy i wspomnianych hodowli daje najlepsze wyniki, jako szczepienie ochronne, bo odporność występuje zaraz i trwa dłużej. (*Öster. Sanitätswesen Nr. 42. r. 1899*).

* W sferach lekarskich Wiednia zaszedł nader niepochlebny wypadek: znaną jest od kilku miesięcy sprawa pewnego docenta okulistyki w Wiedniu, który pociągnięty został przed kratki sądowe za wrzekome popełnienie błędu w sztuce przy zdejmowaniu zaćmy u swego pacyenta. Po przemówieniu prof. Fuchsa, który poręczył, że podsądny ściśle się trzymał zasad — wiedzy i sztuki, i że mu nic zarzucić nie można, docent został uwolniony od wszelkiej odpowiedzialności. Lecz dowiedziano się niestety jednocześnie, że poszkodowany nie miał najmniejszego zamiaru oskarżać okulistę, a tylko na przedstawienie innego lekarza, który go do tego pobudził i podsunął motywa, wniósł skargę. Gazety wiedeńskie piętnują należycie ten nizki postępek.

* D. 16 b. m. nastąpiło otwarcie nowego wiedeńskiego Instytutu fizyologicznego.

* Na zgromadzeniu Związku niemieckiego dla pielęgnowania zdrowia, które się odbyło w Norymberdze od 13 do 16 z. m., mówił Erisman o krytycznem ocenieniu różnych sposobów oświetlenia sztucznego ze stanowiska higieny; największe zaś zajęcie wzbudziły referaty Schillera z Lipska i Schuberta z Norymbergii »o znaczeniu i zadaniach lekarza szkolnego«, przyczem położono nacisk na dodanie kierownikom szkół biegłych higienistów i żeby każdy nauczy-

ciel posiadał higieniczne wykształcenie. Inżynier Haier mówił o środkach zmierzających do zapobieżenia przesyceniu powietrza dymem po miastach.

* Towarzystwo lekarzy wiedeńskich uchwaliło wręczyć ministrowi spraw wewn., namiestnikowi Dolnej Austryi i szefowi Sekcyi Kusyemu — memoryał, w którym zwraca uwagę rządu na wielkie szkody, jakie rozszerzenie ubezpieczenia na rodziny członków Kas chorych przyniesie stanowi lekarskiemu. Memoryał zwraca uwagę rządu na usługi oddawane przez lekarzy państwu i wzywa go do obrony.

* Prof. K. Koch bawi obecnie w Batawii, gdzie odbywa dalsze swe badania zarazka zimnicy.

* Jako następstwo pewnego rodzaju opieki prawa niemieckiego nad partaczami, dzienniki przytaczają następujący przykład: w Frankfurcie niejaki Muschik zrobił sobie przyrząd »wibracyjny«, i pomimo, że ten się niczem nie różni od przyrządów podobnych, znajdujących się w pracowni każdego mechanoterapeuty, uzyskał jego opatentowanie. W dzienniku własnym tego samego Muschika wychodzą artykuły, sławiące pełne nieprawdopodobieństw wyleczenia. W ostatnich czasach M. ogłosił, że monopol swojej idei gotów odprzedać innym, przyczem załącza radę, jak to można dojść do tego, ażeby z kwotą 2000 M. »wywibrować« rocznie swym pacyentom 10000. Zakład Muschika nosi nazwę »Zentral Anstalt« itd. i znajduje się w mieście, w którem jest jeden z najlepiej urządzonych i kierowanych instytutów mechanoterapeutycznych.

* Chirurgia u starożytnych jak wiadomo, była wykonywaną. Z ksiąg indyjskich dowiedziano się, że Indyanie wykonywali już w wiekach zamierzłych laparotomię przy ranach przeszywających brzucha i posiadali sztukę zszywania ran jelitowych zapomocą głów owadów, zwanych po sanskrycku »czarnemi mrówkami«. Owady te miały przez schwycenie silnemi szczękami zbliżać do siebie brzegi ran jelitowych, poczem odcinano im tułów, a pozostawione głowy dalej miały utrzymywać w zetknięciu wargi rany.

* W Natalu panuje dur: wojskowe władze angielskie doradziły żołnierzom, mającym się udać na plac boju, ażeby się szczepili surowicą przeciwdurową; 70% wojska poszło za tą radą.

* Sibirskaja Ziźń« ogłosiła pracę, w której autor p. Mitricz dowodzi konieczności przejrzenia dotychczasowej ustawy »o walce z tajną prostytucyą« w Rosyi, a na poparcie przytacza takie 2 zdarzenia: lekarz w powiecie tukalińskim przerewidował wszystkie dziewczęta, które mu się wydały podejrzane o prostytucyę tajną; następstwem czego była skarga narzeczonego jednej z zrewidowanych o ubliżenie czci narzeczonej. Dalej jeszcze poszedł stanowy prystaw w siole Syropiatskiem: ten widać, nie podejrzewając żadnej dziewczyny o czyste obyczaje, kazał wszystkie bez wyjątku przerewidować. (*Wracz*, Nr. 40). »Jeżeniedielnik« w N· 42. podaje następujący fakt: we wsi Bondariak tambowskiego powiatu, zamieszkuje kupiec, któremu ktoś, może na żart, nadesłał list bezimienny, donoszący, jakoby żona jego ma stosunek płciowy z nauczycielką miejscową, która wcale niema być kobietą. Kupiec zażądał pomocy od stanowego prystawa; ten zaś, przybrawszy kilku mężczyzn ze starszyzny gminnej, udał się do mieszkania nauczycielki, wyłamał drzwi i odbył oględziny. Pokryta sińcami nauczycielka zaskarżyła napastnika. »Jeżeniedielnik« piętnuje takie postępowanie słowami »dzikich obyczajów i samowoli w Rosyi«.

* Odsłonięcie pomnika zmarłego z moru dr. Hermanna Müllera, szlachetnej ofiary obowiązku, miało miejsce w Wiedniu dnia 22. z. m. wśród bardzo uroczystego nastroju, przy współudziale władz państwowych, autonomicznych, lekarskich i wielkiej liczby kolegów. Przemawiali: Prof. Nothnagel, dyrektor szpitala Mucha i asystent dr. Seiller.

* W Berlinie wydał J. Schwalbe dziełko p. t. »Wskazówki o dopuszczeniu do praktyki lekarskiej za granicą«. W pracy tej objął autor 98 państw, podając warunki niezbędne do nabycia w nich prawa do praktyki lekarskiej. Jako podręcznik oryentacyjny, dziełko to ma dla lekarzy praktyczną doniosłość.

* Pod arkadami podwórca uniwersyteckiego, odsłonięto w niedzielę pomnik prof. Bambergera; podczas uroczystości przemawiał prof. Neusser.

* Z początkiem przyszłego roku zacznie wychodzić w Lipsku »Czasopismo międzynarodowe, poświęcone gruźlicy i sanatoryom« pod redakcyą Leydena, Gerhardta i Fränkla.

* W Tomsku poświęcono i otwarto budynek kliniki psychiatrycznej; zapisując ten fakt zupełnie naturalny, trudno oprzeć się ponurym rozmyślaniom o braku tej tak ważnej instytucyi w niektórych wielowiekowych wszechnicach zagranicznych.

* Dr. Düring otrzymał misyę od rządu W. Porty udania się do Anatolii dla przeprowadzenia tam przez siebie proponowanych środków do zwalczania kiły.

* W parlamencie bawarskim wniósł poseł Schirmer następującą interpelacyę: Czy rząd jest gotów wpłynąć o tyle na opłakane stosunki mieszkań w większych miastach i miejscach fabrycznych Bawaryi aby mieszkania te uczynić zdrowszemi i tańszemi? jeżeli tak, to jakich środków finansowych, administracyjnych i prawnych zamierza użyć? W uzasadnieniu swej interpelacyi poczynił Schirmer następujące uwagi: należy założyć bank budowlany; uczynić tańszymi środki komunikacyjne dla mieszkańców przedmieść, a to w celu ułatwienia uboższej ludności zamieszkiwania w dalszych od środka częściach miasta; postarać się o prowadzenie jednorazowego czasu biurowego; przeprowadzić rewizyę ustawy budowlanej i spowodować rozszerzenie gminnego prawa wywłaszczenia.

Mianowania i odznaczenia. Dr. R. Töply naznaczony został zastępcą prof. Puschmana na katedrze historyi medycyny w Wiedniu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Medycynie* Nr. 43: Grosglika S.; O wartości leczniczej urotropiny w chorobach zakaźnych narządu moczowego (c. d.) Sacewicza K; O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.) W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 43. Dr. Ołtuszewskiego W.: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryj zboczeń mowy. Malinowskiego A.: O leczeniu cierpień gardła i nosa, towarzyszących szkarlatynie (dokończ.). Pechkraca S.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). *W Kronice lekarskiej*, zeszyt 20.: Łoguckiego A.: Parachlorfenol i mentorhol w zastosowaniu do leczenia gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych.

Redakcya otrzymała:

— Dr, Bregmann L.: Ueber den »Automatisme ambulatoire« (Odbitka z *Neurologisches Zentralblatt* Nr. 17. 1899).

— Tenże: Zur chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule (Odbitka z *Deutschen Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, Band XV).

Tenże: O zesztywnieniu kręgosłupa. (Odbitka z *Medycyny*, 1899 r.).

— Dr. Ziehen T.: Zasady psychologii fizyologicznej (przekład z 4-go wyd. niemieckiego, z przedmową Mahrburga, Warszawa, 1899.

— Dr. Stella Sawicki J.: Inteligencya u roślin. Lwów, 1899 roku.

— Dr. Barzycki J., Dr. Lachowicz Z. i Kruszyński L.: Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych, ze szczególnem uwzględnieniem Galicyi i W. Ks. Krakowskiego. Lwów, nakład własny, 1899.

— Doc. Bossowski A.: Zur operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose (Odbitka z *Klin. therap.-Wochenschrift* Nr. 40, 1899 r.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 8 listopada o godzinie 6 wieczorem w *sali wykładowej prof. Szajnochy* (ul. św. Anny, *collegium physicum*, I. piętro od ulicy) posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Krzyształowicz mówić będzie „O leczeniu liszaja żrącego metodą Unny“ (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

L. 1453

Wydział powiatowy w Turce rozpisuje niniejszem na mocy §§. 4 i 5 ustawy z dnia 2 lutego 1891 dz. ust. kraj. Nr. 17 i §§. 7 i 8 rozp. wykon dz. ust. kraj. Nr. 82 z r. 1891 Konkurs na prowizoryczną posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Boryni dla 26 gmin na obszarze 482 kilometrów kwadratowych z ludnością 19.538 mieszkańców.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 400 złr. w. a.

Kandydaci muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego
2) doktorat wszech nauk lekarskich
3) nieskazitelny charakter
4) znajomość języka polskiego i ruskiego
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim
6) utrzymywanie apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego — lub świadectwem egzaminu fizykackiego. —

Podania udokomentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce w terminie do 15 Listopada 1899.

Wydział powiatowy Turce.

Lwkr. 68.371.

W myśl § 3 rozp. wykonawczego do ust. z d. 28 lipca 1897 (Dz. u. kr. Nr. 47) Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. ks. Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na obsadzenie czterech posad prowizorycznych drugich sekundaryuszów przy szpitalach powszechnych:

a) w Rzeszowie z płacą 500 złr. rocznie
b) „ Przemyślu „ 600 „ „
c) „ Stanisławowie „ 600 „ „
d) „ Tarnowie „ 600 „ „

Kompetujący o nadanie tych posad, powinni najpóźniej do dnia 10 grudnia 1899 wnieść podania do Wydziału krajowego z wymienieniem szpitala, przy którym posadę otrzymać pragną, i z dołączeniem dokumentów:

że nie przekroczyli wieku lat 40 i że posiadają prawo obywatelstwa austryackiego, wreszcie, że otrzymali dyplom wszech nauk lekarskich, uzyskany lub potwierdzony na jednym z Uniwersytetów monarchii Austro-Węgierskiej.

Posada wyżej wymieniona nadaną będzie prowizorycznie na lat dwa począwszy od 1 stycznia 1900 r.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 16 Października 1899. *Grott.*

Konkurs na lekarza okręgowego w *Ujściu solnem* (powiat Bochnia). Pensya roczna 600 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania do 30 listopada.

Zwierzchność gminna m. Ryglic (oddalone od stacyi kol. Tuchów 7 kilometrów) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną pensyą w kwocie 300 złr. w. a. i wolnem mieszkaniem. Podania należycie udokumentowane wnosić należy do zwierzchności gminnej do 15 listopada b. r. 185

Celem obsadzenia dwóch posad asystentów przy c. k. szkole położnych w Krakowie z remuneracyą roczną po 600 złr., rozpisuje się konkurs. — Powyższe posady będą nadane doktorom wszech nauk lekarskich na przeciąg dwóch lat, po upływie których mogą być przedłużone na dalsze dwa lata. – Pierwszy z tych asystentów będzie obowiązany mieszkać w pokoju przeznaczonym dla niego w gmachu szpitala św. Łazarza. – Ubiegający się o te posady winni wnieść podania swe należycie udokumentowane na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego we Lwowie najdalej do 14 listopada 1899 r.

Lwów, dnia 27 październ.ka 1899 r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.